

Werra-Meißner-Kreis
Der Kreisausschuss –
Träger der Eingliederungshilfe
FD 4.1.2
37267 Eschwege

Ort, Datum

Antrag
der / des Personensorgeberechtigten
auf Gewährung einer Leistung zur Teilhabe an Bildung
gemäß § 112 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

Als Sorgeberechtigte beantragen wir die Übernahme der Kosten für eine Teilhabeassistenz in der Schule / der behinderungsbedingten Mehrkosten für eine Einzelbeförderung zur Schule gemäß § 112 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) für

Vor- und Zuname des Kindes: _____

Anmerkung:

Diesem Antrag sind ärztliche Unterlagen sowie die förderdiagnostische Stellungnahme, soweit vorhanden, beizufügen.

Zum Feststellen der Teilhabebeeinträchtigung und des Hilfebedarfes lassen wir uns die Möglichkeit offen, bei Bedarf in der Schule zu hospitieren.

Welche Schule wird besucht bzw. soll besucht werden?

Für welchen Zweck und ab wann wird Hilfe benötigt?

Angaben zur Person

Hilfesuchendes Kind

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Geburtsort: _____ Wohnanschrift: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Vater (Name, Vorname): _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Mutter (Name, Vorname): _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Gesetzlicher Vertreter/Betreuer (Name, Vorname): _____

Anschrift: _____

Telefonisch erreichbar unter: _____

Krankenversicherung bei: _____

Versicherter: _____

- Derzeitiger Aufenthalt:** bei den Eltern bei der Mutter bei dem Vater
 bei Verwandten bei Pflegeeltern im Heim

Bei Pflegekindern Name und Anschrift der leiblichen Eltern:
(oder Angabe der Jugendamtsakte) _____

Haben die Eltern bzw. das Kind wegen der Behinderung:

- Anspruch auf Beihilfe bei Beschäftigten im öffentlichen Dienst:
nein ja bei: _____

- Schadenersatzansprüche (z.B. wegen Unfallfolgen)
nein ja bei: _____

- Anspruch auf Pflegegeld nach dem SGB XI:
nein ja bei: _____
Pflegegrad: _____
- versorgungsrechtliche Ansprüche (z.B. nach Opferentschädigungsgesetz,
Impfschäden, Häftlingshilfegesetz, Bundesversorgungsgesetz,
Soldatenversorgungsgesetz, Bundesseuchengesetz)
nein ja bei: _____
- versicherungsrechtliche Ansprüche
nein ja bei: _____

Erklärung:

Die vorstehenden Angaben habe(n) ich/wir wahrheitsgemäß gemacht. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die zuständigen Stellen zur Nachprüfung die notwendigen Auskünfte erteilen. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben nach § 263 Strafgesetzbuch strafbar mache(n). Im Rahmen meiner/unserer Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 ff Sozialgesetzbuch bin ich/sind wir verpflichtet, behandelnde Ärzte auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden, soweit dies für die Durchführung der Hilfe erforderlich ist. Mir/Uns ist bekannt, dass meine/unsere persönlichen Daten für die Durchführung der Maßnahme in einer Anlage zur automatischen Datenverarbeitung gespeichert werden.

Das Merkblatt zur Datenschutz-Grundverordnung habe ich erhalten.

Jede Änderung der persönlichen Verhältnisse, insbesondere der Aufenthaltsverhältnisse des Kindes (Umzug, Heimaufnahme, etc.) werde ich/werden wir unaufgefordert dem Träger der Eingliederungshilfe mitteilen.

(Ort/Datum)

(Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten)