

ANTRAG auf Bewilligung heilpädagogischer Leistungen gem. § 113 Abs. 2 Nr. 3 i.V.m. § 79 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in Form eines Integrationsplatzes in einer Tageseinrichtung für Kinder

Antrag auf Bewilligung einer Maßnahmepauschale nach der Vereinbarung zur Integration von Kindern mit Behinderung vom vollendeten 1. Lebensjahr bis Schuleintritt in Tageseinrichtungen für Kinder

I. Angaben zur Person

a) Angaben zum Kind

Familienname

Vorname

Geschlecht

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Seit wann am jetzigen Wohnort?

derzeitiger Aufenthalt (z. B. Mutter, Vater,
Verwandte, etc.)

Staatsangehörigkeit (ggf. Zuzug aus dem Ausland),
bei Ausländern bitte Nachweis über
Aufenthaltsstatus beifügen

Krankenversicherung bei

Das Kind besucht diese Kindertagesstätte:

Das Kind besucht die Kindertagesstätte seit dem bzw.
ab dem:

Die Integration soll ab dem _____ erfolgen.

Die tatsächliche Betreuungszeit des Kindes ist täglich von _____ Uhr bis _____ Uhr.

b) Angaben zur Mutter des Kindes

Name:

Vorname:

Familienstand:

Geburtsdatum und Geburtsort:

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Staatsangehörigkeit:
(bei Ausländern Angabe des Aufenthaltstitels)

Beruf:

Telefonnummer bei Rückfragen (Angabe freiwillig)

Sorgeberechtigt

Ja

Nein

c) Angaben zum Vater des Kindes

Name:

Vorname:

Familienstand:

Geburtsdatum und Geburtsort:

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Staatsangehörigkeit (bei Ausländern Angabe des Aufenthaltstitels):

Beruf:

Telefonnummer für Rückfragen (Angabe freiwillig)

Sorgeberechtigt

Ja

Nein

Sofern ein Elternteil das alleinige Sorgerecht innehat, ist dem Antrag ein urkundlicher Nachweis zur Sorgerechtsregelung beizufügen.

d) Geschwister und Halbgeschwister

Geschlecht:

weiblich

männlich

sonstige:

Geburtsjahr:

Aufenthalt:

bei den Eltern

Angabe, bei wem aufhältig:

Pflegekind:

Ja

Nein

Name der Pflegeeltern:

vollständige Anschrift:

Telefonnummer und E-Mail für Rückfragen:

Bei Pflegeeltern bitten wir um Vorlage einer Kopie des Pflegeausweises. Wenn Sie gleichzeitig als Vormund agieren, dann ebenso eine Kopie der Bestallungsurkunde.

zuständiges Jugendamt und Ansprechpartner:

II. bisherige diagnostische Abklärung (z. B. in einer Klinik für Diagnostik)

Ja, Unterlagen sind beigelegt

Nein

Termin vorgesehen am:

III. bisherige Fördermaßnahmen

(z. B. durch eine Tageseinrichtung für Kinder, durch eine Frühförderstelle, ambulante Therapien (Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik etc., sonstiges)

von	bis	Art der Maßnahme (z. B. Logopädie)	in.....(Ort)
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

IV. Begründung des Antrages: Warum ist aus Ihrer Sicht eine Integrationsmaßnahme notwendig?

V. Mögliche Ansprüche gegen Dritte seitens des Kindes oder der Eltern

1. Bestehen Schadensersatzansprüche gegen eine Versicherungsgesellschaft bzw. sonstige Dritte (z. B. wegen Ärztefehlers)? Ja Nein
Wenn ja, gegen wen? _____

2. Bestehen wegen eines **Unfalls** Ansprüche gegen eine private Versicherungsgesellschaft bzw. gegen den gesetzlichen Träger der Unfallversicherung? Ja Nein
Wenn ja, gegen wen/Aktenzeichen:

3. Glauben Sie noch nicht entschiedene Schadensersatzansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären? Ja Nein
Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt?

Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? Wenn ja, bei wem? _____

4. Bestehen Ansprüche gegen einen Träger der Pflegeversicherung? Wenn ja, welcher Pflegegrad, bei welcher Stelle? Ja Nein

5. Wird eine Entschädigungsleistung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) bzw. Leistung nach dem SGB XIV (bspw. Impfschäden) beantragt oder bezogen? Wenn ja, bei welchem Amt/Aktenzeichen? Ja Nein

Sollte ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen bzw. ein Anspruch bestehen, werde ich die oben genannte Behörde unverzüglich informieren!

Hinweis: Dem Antrag sind aktuelle Diagnoseberichte, z. B. von einem Sozialpädiatrischen Zentrum bzw. einer anderen Klinik für Diagnostik, Krankenhausberichte, Facharztberichte etwa eines Facharztes für hör- oder sehgeschädigte Kinder oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Berichte von Therapeuten (z. B. Logopäden, Ergotherapeuten, Krankengymnasten) oder Frühberatungsstellen sowie das Kinder-Untersuchungsheft in Kopie beizufügen.

Sollte bisher noch keine diagnostische Abklärung hinsichtlich einer möglichen Entwicklungsverzögerung erfolgt sein, ist - um über die finanzielle Förderung einer Integrationsmaßnahme entscheiden zu können - eine solche nachzuholen.

Erklärung des/der gesetzlichen Vertreters*in für die /den Hilfesuchende*n:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie **Wohnungswechsel - unverzüglich** und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen. Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60-67 SGB I) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die das unter I. genannte Kind behandeln oder behandelt haben oder denen es vorgestellt worden ist oder wird, auf Aufforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

Zur Auskunftserteilung durch Ärzte, Banken/Sparkassen usw. ist im Einzelfalle noch eine besondere Erklärung notwendig. Das Merkblatt (Auszug aus dem Sozialgesetzbuch über die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten) auf der Homepage www.ladadi.de - "Gesellschaft / Soziales" - "Soziales und Teilhabe" habe ich zur Kenntnis genommen. Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages, bzw. zur Einstellung bereits gewährter Leistungen führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden. Die Hinweise zum Datenschutz (Information über die Erhebung von personenbezogenen Daten nach Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung) auf der Homepage www.ladadi.de - "Gesellschaft / Soziales" - "Soziales und Teilhabe" habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

**Unterschrift Sorgeberechtigte*/gesetzliche*r
Vertreter*in oder Betreuer*in**

Ort, Datum

**Unterschrift Sorgeberechtigte*/gesetzliche*r
Vertreter*in oder Betreuer*in**

Bei geteiltem Sorgerecht hat der Antrag nur Gültigkeit, wenn beide Sorgeberechtigten unterschrieben haben.

Entbindungserklärung von der Schweigepflicht

Zum Antrag des/der:

geboren am:

auf heilpädagogische Leistungen für Kinder nach § 113 Abs. 2 Nr. 3 i.V.m. § 79 des Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

vom:

willige*n ich/wir ein, dass die personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Bewilligung der o. g. Leistungen erhoben und an die beteiligten Leistungsträger übermittelt werden, sofern diese für die Bearbeitung des Antrages erforderlich sind.

Ich/Wir entbinde*n die Klinik/die Praxis:

gegenüber dem Fachbereich Soziales und Teilhabe, Fachgebiete Teilhabeplanung und Eingliederungshilfe des Landkreises Darmstadt-Dieburg von der Schweigepflicht.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass eine ärztliche Stellungnahme an das zuständige Fachgebiet des Landkreises Darmstadt-Dieburg weitergeleitet wird, um den Hilfebedarf aus ärztlicher Sicht zu schildern. Des Weiteren bin ich/sind wir damit einverstanden, dass der Landkreis Darmstadt-Dieburg gegenüber der Klinik/Praxis _____ Informationen zur Teilhabeplanung weitergeben darf.

Bei Leistungen zur sozialen Teilhabe entbinde*n ich/wir das zuständige Fachgebiet des Landkreises Darmstadt-Dieburg gegenüber folgender Kindertagesstätte _____ (Name und Anschrift der Kita) von der Schweigepflicht. Weiterhin berechtige*n ich/wir das zuständige Fachgebiet mit der Kita über mein/unser Kind _____ (Name des Kindes) und ggf. über einzuleitende Maßnahmen zu sprechen.

Ich/Wir erkläre*n ausdrücklich, dass nachfolgend genannte Klinik/Praxis von meiner/ unserer Einverständniserklärung ausgenommen ist/sind und keine Informationen zur Teilhabeplanung erhalten:

Mir/Uns ist bekannt, dass die Schweigepflichtsentbindung eine Gültigkeitsdauer von 2 Jahren hat.

Ich/Wir wurde*n darauf aufmerksam gemacht, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

Ort, Datum

**Unterschrift Sorgeberechtigte*r/
gesetzliche*r Vertreter*in oder Betreuer*in**

Ort, Datum

**Unterschrift Sorgeberechtigte*r/
gesetzliche*r Vertreter*in oder Betreuer*in**