

# ANTRAG auf Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit Behinderung nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuch, 8. Buch (SGB VIII) und 9. Buch (SGB IX)

## Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII) und Neuntes Buch (SGB IX)

Welche Leistungen der Eingliederungshilfe möchten Sie beantragen?

Schule/Ambulanter Dienst/  
Einrichtung:

---

### 1. Persönliche Daten

#### 1.1 Allgemeine Angaben des leistungsberechtigten Kindes/Jugendlichen

Familienname

Vorname

ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

ggf. wohnhaft bei

Postleitzahl

Wohnort

Staatsangehörigkeit

ggf. Jahr des Zuzugs aus dem Ausland (bei Ausländern bitte Nachweis über Aufenthaltsstatus beifügen)

Schwerbehinderung in % (ggf. Nachweis beifügen)

festgestellte Merkzeichen

## Angaben zur Mutter

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Sorgeberechtigt

Ja

Nein

## Angaben zum Vater

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Sorgeberechtigt

Ja

Nein

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

### 1.2 Sonstige Angaben

1.2.1 Lebt die leistungsberechtigte Person in einer besonderen Wohnform oder ist dies beabsichtigt?

Ja (bitte Nachweise beifügen)

Nein

1.2.2 Ist die leistungsberechtigte Person in einer anderen Familie (z.B. in einer Pflegefamilie) oder bei anderen Personen als ihren Eltern bzw. eines Elternteils untergebracht ?

Ja

Nein

Falls die vorstehende Frage mit "Ja" beantwortet wurde:

Wo war die letzte private Adresse **vor** Aufnahme in die besondere Wohnform bzw. Pflegefamilie?

Postleitzahl, Ort

Straße, Hausnummer

**1.3**

Wenn 1.2 mit "Ja" beantwortet, füllen Sie bitte die Anlagen EK EGH und VM EGH aus.

**2. Weitere Personen im Haushalt**

Leben sonstige Personen im Haushalt?	Ja
	Nein

Wenn "**Ja**" bitte

Namen, Vornamen, Geburtsdatum  
angeben:

**3. Kranken- und Pflegeversicherung**

Es besteht eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.	Ja	Nein
---	----	------

Es besteht eine Mitgliedschaft in einer privaten Krankenversicherung.	Ja	Nein
---	----	------

Name und Vorname des versicherten Familienmitglieds:

Geburtsdatum:

Name der Krankenkasse:

Adresse der Krankenkasse:

Krankenversicherungsnummer:

### **3.1 Angaben zu Beihilfeansprüchen**

der leistungsberechtigten Person oder einer sonstigen im Haushalt lebenden Person

Bestehen Ansprüche auf  
Beihilfeleistungen aus einem  
beamtenrechtlichen Dienstverhältnis?      Nein  
Ja, und zwar

**Beihilfestelle:**

**Personalnummer/Aktenzeichen:**

**Anschrift der Beihilfestelle:**

**Telefon/Fax/E-Mail:**

---

### **4. Angaben zur Pflegesituation**

Wurde bei der Pflegekasse ein  
Höherstufungsantrag auf  
Pflegeversicherungsleistungen gestellt?      Ja  
Nein

Wenn "**Ja**", wann wurde der Pflegegrad  
festgestellt?

Welcher Pflegegrad wurde festgestellt?

Pflegegrad 1      Pflegegrad 2      Pflegegrad 3      Pflegegrad 4      Pflegegrad 5

*Bitte Nachweis beifügen.*

---

### **5. mögliche Ansprüche gegen Dritte**

Haben Sie mögliche Ansprüche gegen  
Dritten (z.B. Schadensersatzansprüche  
wegen eines Ärztefehlers, Impfschadens,  
Unfalls)?      Ja  
Nein

*Bitte füllen Sie zusätzlich die  
**Anlage AgD EGH** aus, wenn Sie  
diese Frage mit "**Ja**" beantwortet  
haben.*

**Erklärung des/der Hilfesuchenden oder 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 mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, 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 M (Auszug aus dem Sozialgesetzbuch über die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten) habe ich erhalten und 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](http://www.ladadi.de) - "Gesellschaft / Soziales" - "Soziale Hilfen und Notlagen" habe ich zur Kenntnis genommen.

**Ort, Datum**

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

**Ort, Datum**

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

# Entbindungserklärung von der Schweigepflicht

Zum Antrag des/der:

geboren am:

auf Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuch Achten Buch (SGB VIII) und 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 Teilhabe an Bildung entbinde ich das zuständige Fachgebiet des Landkreises Darmstadt-Dieburg gegenüber  
Schule ..... folgender

.....(Name und Anschrift der Schule) von der Schweigepflicht.

Weiterhin berechtige ich das zuständige Fachgebiet mit der Schule über mein Kind.....(Name des Kindes) und ggf. über einzuleitende Maßnahmen zu sprechen.

Ort, Datum

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

Ort, Datum

**Unterschrift Sorgeberechtigtee\*r/  
gesetzliche\*r Vertreter\*in oder  
Betreuer\*in**