

## Antrag auf Gewährung einer Schulbegleitung

nach § 112 Sozialgesetzbuch IX

Die Schulbegleitung stellt eine Leistung der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) dar. Um diesen Antrag auf Leistungen nach dem SGB IX entscheiden zu können, ist es erforderlich, dass Sie im Folgenden möglichst genaue Angaben machen. Bitte belegen Sie Ihre Angaben an den geforderten Stellen durch entsprechende Unterlagen.

Erstantrag

Folgeantrag

Für das Schuljahr:

### A) Angaben zum Kind

Familiename		Vorname	
Straße und Wohnort			
Geschlecht	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Krankenversicherung des Kindes		Versichertennummer	
Anschrift der Krankenversicherung		Versicherungsnehmer	

Bei ausländischer Staatsangehörigkeit (bitte ankreuzen):

dauerhafter Aufenthalt

befristeter Aufenthalt

### B) Angaben zu den Eltern

Familiename der Mutter	
Vorname der Mutter	
Anschrift (falls abweichend)	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Familiename des Vaters	Vorname des Vaters
Anschrift (falls abweichend)	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Das Sorgerecht liegt bei:

Eltern

Mutter

Vater

Vormund

Handelt es sich um ein Pflegekind?

ja

nein

### C) Angaben zur Behinderung des Kindes

Art der Behinderung

Ist die Behinderung aufgrund eines anerkannten Fremdverschuldens eingetreten?

ja

nein

*(Bitte Nachweise beifügen, z.B. Feststellungsbescheid nach dem Opferentschädigungsgesetz, Nachweis über Impfschaden, Unfallschaden etc.)*

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis oder einen Bescheid über die Anerkennung einer Schwerbehinderung?

ja

nein

ist beantragt

Hat Ihr Kind einen anerkannten Pflegegrad?

ja

nein

ist beantragt

Welche Ärzte behandeln Ihr Kind? (Name und Anschrift)

Welche Therapien erhält Ihr Kind?

Bekommt Ihr Kind Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)?

ja

nein

ist beantragt

### D) Angaben zur Schulbegleitung

Welche Schule besucht Ihr Kind/soll Ihr Kind besuchen?

Welche Klasse besucht Ihr Kind/soll Ihr Kind besuchen?

Benutzt Ihr Kind Hilfsmittel in der Schule (im Bereich Kommunikation, Mobilität, Sehen etc.)?

ja

nein

Ist Ihr Kind eigenständig mobil?

ja

nur bei Nutzung von Hilfsmitteln

nur mit personeller Unterstützung

nein

Kann Ihr Kind selbstständig essen und trinken?

ja

nur bei Nutzung von Hilfsmitteln

nur mit personeller Unterstützung

nein

Ist Ihr Kind in der Lage sich selbstständig an- und auszuziehen?

ja

nur bei Nutzung von Hilfsmitteln

nur mit personeller Unterstützung

nein

Kann Ihr Kind selbstständig auf die Toilette gehen?

ja

nur bei Nutzung von Hilfsmitteln

nur mit personeller Unterstützung

nein

Hat Ihr Kind ein altersgemäßes Gefahrenbewusstsein?

ja

nur mit personeller Unterstützung

nein

In welchen Bereichen bzw. für welche Tätigkeiten sehen Sie einen konkreten Unterstützungsbedarf für Ihr Kind?

Bitte beschreiben Sie den Hilfebedarf im Folgenden konkret:

Welche Ziele wollen Sie durch den Einsatz einer Schulbegleitung für Ihr Kind erreichen?

In welchem zeitlichen Umfang benötigt Ihr Kind aus Ihrer Sicht eine Schulbegleitung?

Zeitstunden pro Woche

Haben Sie einen Leistungsanbieter, der die Schulbegleitung übernehmen soll?

Name des Leistungsanbieters

## Wichtige Hinweise

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen in Kopie bei:

- ärztliche Stellungnahme zur Behinderung des Kindes (möglichst mit ICD-10 Diagnose(n) und Feststellung der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 2 SGB IX / diese Unterlagen sollen nicht älter als 12 Monate sein)
- Bericht der (aufnehmenden) Schule, Formular wird per E-Mail übersandt
- Schwerbehindertenausweis
- Bestätigung über den Aufenthaltsstatus bei ausländischer Staatsangehörigkeit
- MDK-Gutachten
- Bestellungsurkunde Vormund
- Schulbescheinigung über das voraussichtliche Ende der Schullaufbahn ab dem 10. Schulbesuchsjahrs

### Erklärung:

Ich weiß / Wir wissen, dass ich / wir wahrheitsgemäße und vollständige Angaben über die Verhältnisse aller, für die Bescheidung wichtigen Familienmitglieder zu machen habe/n und Änderungen, die für die Leistung erheblich sind, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen habe/n. Hierzu zählen insbesondere Änderungen in den Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (z.B. Wohnungswechsel, Krankenhausaufenthalte).

Ich versichere / Wir versichern hiermit, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen (§ 60 SGB I).

Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich / sind wir informiert (§ 66 SGB I).

Es ist mir / uns bekannt, dass ich / wir wegen unvollständiger und unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann / können und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss / müssen (§ 263 StGB).

Ich bin / Wir sind im Verfahren der Zuständigkeitsklärung mit einer Weiterleitung des Antrages für eine Schulbegleitung sowie der ergänzenden Unterlagen einverstanden.

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt nur auf der Grundlage eines formellen Gesetzes oder mit Einwilligung der betroffenen Person.

Ort, Datum	Unterschrift/en Sorgeberechtigte/Vormund
------------	--

### Schweigepflichtsentbindung

Hiermit erkläre ich,

Name des/der Sorgeberechtigten/Vormunds	Vorname des/der Sorgeberechtigten/Vormunds	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort

dass ich

- die Schule (Name, Anschrift)
- die Ärztin, den Arzt (Name, Anschrift)
- die Therapeutin, den Therapeuten (Name, Anschrift)

- den Träger der Schulbegleitung (Name, Anschrift)
- den Träger der Wohneinrichtung (Name, Anschrift) bei stationärer Unterbringung

sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Märkischen Kreises (Abteilung Soziales, Gesundheit, Schwerbehindertenrecht, Schulangelegenheiten sowie Jugend und Familie)

bezüglich des **Antrages auf Teilhabe an Bildung** (§ 112 SGB IX) für mein Kind

Name und Vorname	Geburtsdatum
------------------	--------------

wechselseitig von ihrer gesetzlichen Pflicht zur Verschwiegenheit entbinde.

Ich bin über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtsentbindung sowie möglicher Folgen einer Verweigerung aufgeklärt und weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort und Datum	Unterschrift/en Sorgeberechtigte/Vormund
---------------	--