

Antrag auf Gewährung von Teilhabeleistungen

An
Märkischer Kreis
Fachdienst Soziales
Bismarckstraße 17
58762 Altena

Antrag auf Kostenübernahme für

- Leistungen zur sozialen Teilhabe (z. B. Freizeitbegleitung, Mobilitätshilfen, Hilfsmittel) nach § 113 Sozialgesetzbuch IX
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung (z. B. Schulbegleitung, Autismus-Therapie, Hilfsmittel) nach § 112 Sozialgesetzbuch IX

Für das Schuljahr:

--

- Mein Kind hat schon einmal Leistungen der Eingliederungshilfe (z. B. heilpädagogische Frühförderung, Assistenzleistungen etc.) erhalten.

Bitte nennen Sie Kostenträger, Maßnahme und das Ende der letzten Bewilligung.

Kostenträger	Maßnahme	Ende der letzten Bewilligung

Teilhabeleistungen sind Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX). 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

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

Familiennamen der Mutter	Vorname der Mutter
Anschrift (falls abweichend)	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Familiennamen des Vaters	Vorname des Vaters
Anschrift (falls abweichend)	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Das Sorgerecht liegt bei:

Eltern

Mutter

Vater

Vormund

(Bitte Nachweis beifügen: geteiltes Sorgerecht, Bestattungsurkunde Vormundschaft)

Handelt es sich um ein Pflegekind?

ja

nein

Das Pflegeverhältnis wird von folgender Behörde betreut:
Kostenträger (Jugendamt, Landschaftsverband) für das Pflegeverhältnis ist:

C) Angaben zur Behinderung des Kindes

Art der Behinderung (bitte beschreiben Sie die Behinderung Ihres Kindes und deren Auswirkungen möglichst genau)

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

ja

nein

Bitte nennen Sie die vorhandenen Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Hörgeräte etc.)
--

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

Kann Ihr Kind altersentsprechend sprechen/kommunizieren?

ja nein mit Hilfsmitteln, z. B. Talker mit Gebärden

Benötigt Ihr Kind ergänzend Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (z. B. diabetesspezifische Versorgung, weitere Hilfsmittel u. s. w.)?

ja nein

Um welche Maßnahmen handelt es sich?

Ist die Behinderung aufgrund eines anerkannten Fremdverschuldens eingetreten?

ja nein

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

Gibt es einen Schadensersatzanspruch?

ja nein

Gegen wen? (Name, Anschrift, Aktenzeichen)

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

ja nein ist beantragt

(Bitte Nachweis beifügen, z. B. Feststellungsbescheid oder Kopie des Schwerbehindertenausweises)

Grad der Behinderung, Merkzeichen:

Hat Ihr Kind einen anerkannten Pflegegrad? (Bitte MDK-Gutachten beifügen)

ja, Pflegegrad

nein

ist beantragt

Welche Leistungen der Pflegeversicherung nimmt Ihr Kind in Anspruch?

Wann, wie und bei welchem Leistungserbringer werden die Leistungen eingesetzt?

Bekommt Ihr Kind Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)?

ja

nein

ist beantragt

Bitte nennen Sie das zuständige Jugendamt und Ansprechpartner |in

Welche Leistungen:

D) Angaben zur Sozialen Teilhabe

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

Bitte beschreiben Sie den Hilfebedarf im Folgenden konkret:

Name des Leistungserbringers

Haben Sie einen Leistungserbringer, der die Leistungen zur sozialen Teilhabe durchführen soll?

E) Angaben zur Schulbegleitung

Welche Schule besucht Ihr Kind/soll Ihr Kind besuchen?

Welche Klasse besucht Ihr Kind/soll Ihr Kind besuchen?

Besucht Ihr Kind die OGS?

ja,

bis

Uhr

nein

Name des Leistungserbringers

Haben Sie einen Leistungserbringer, der die Schulbegleitung übernehmen soll?

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, bei Berufskollegs mit zusätzlichen Angaben zum besuchten Bildungsgang (allgemeinbildend oder Fachklasse)

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 Leistungserbringer für Leistungen zur Sozialen Teilhabe (Name, Anschrift)
- den Leistungserbringer für Schulbegleitung oder andere Maßnahmen für Leistungen zur Teilhabe an Bildung (Name, Anschrift)
- den Träger der Wohneinrichtung (Name, Anschrift) bei stationärer Unterbringung
- den Träger der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung (Name, Anschrift)

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

bezüglich des **Antrages auf Teilhabeleistungen** 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, Datum	Unterschrift/en Sorgeberechtigte/Vormund
------------	--

Vollmacht

Wir, die Unterzeichnenden, bevollmächtigen uns hiermit gegenseitig bis zum Widerruf dieser Vollmacht, dass jeder mit rechtsverbindlicher Wirkung für den anderen und für das unter A) aufgeführte minderjährige, unverheiratete Kind alle für die Beantragung, Gewährung, Rücknahme oder Rückzahlung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) erforderlichen Verfahrens- und Rechtshandlungen vornehmen kann.

Als Empfangsbevollmächtigte|r wird

Name, Vorname (von Vater oder Mutter)

benannt.

Ort, Datum	Unterschrift Vater
	Unterschrift Mutter