

Antrag auf ambulante Leistungen gem. § 54 SGBXII / § 35 a SGBVIII in Kindertagesstätten

Eingangsstempel

Name und Adresse des Anbieters

**1. Name des Kindes mit Behinderung**

	Angaben zum Kind / Jugendlichen	
Familienname		
Vorname(n)		
Straße:		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum		
Geburtsort- und kreis		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status:		
Asylbewerber / Aufenthaltsgestattung		
a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
Schwerbehindertenausweis / Bescheid d. Versorgungsamtes	Datum:	v. H. GdB
	Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt eine Pflegestufe vor?	Datum:	Pflegestufe bzw. zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45 SGB XI
	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. bitte Bescheid beifügen	

**2. Angaben zu Personensorgeberechtigten**

	Mutter	Vater
Familienname		
Vorname(n)		
Straße:		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum		
Geburtsort- und kreis		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>

**3. Angaben zu Personensorgeberechtigten (Bitte VOLLSTÄNDIG ausfüllen)**

Personensorgeberechtigt sind:  die Eltern gemeinsam  
 die Mutter  
 der Vater  
 \_\_\_\_\_

Bei gerichtlicher Regelung des Sorgerechtes:  
 Gericht: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ AZ: \_\_\_\_\_

**Bitte Urteil in Kopie beifügen. Bei alleinigem Sorgerecht bitte eine Negativbescheinigung dem Antrag beifügen!**

	Mutter	Vater
Familienname		
Vorname(n)		
<b>Telefonnummer</b>		
E-Mail Adresse		
Straße:		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum		
Geburtsort- und kreis		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>

**4. Zum Haushalt gehören – außer dem Kind / den Personensorgeberechtigten – folgende Personen (z. B. Geschwister)**

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Stellung zur Antrag stellenden Person

## 5. Aufenthaltsverhältnisse / Unterschriften

Vom-bis	Aufenthaltort(e)
<b>Bei vorherigen Maßnahmen der Eingliederungshilfe: Angabe des Kostenträgers und Datum der Beendigung der Maßnahme</b>	

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Mutter

\_\_\_\_\_  
Vater

**Unterschrift beider Sorgeberechtigten ist erforderlich.**

Es besteht Kontakt zu Frühförderstellen?  ja  nein

Wenn ja, bitte Angabe des Frühförderzentrums:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Anlagen

Anlage 1 Erklärung zum Datenschutz in der Teilhabekonferenz / im Hilfeplangespräch

Anlage 2 Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Anlage 3 Entbindung Kindergarten / Schule

Anlage 4 Entbindung Arzt / Klinik / Therapeut

Anlage 5 Entbindung Träger / Anbieter