

Antrag auf ambulante Leistungen für Kinder mit Behinderungen gem. § 35 a SGBVIII in Schulen

Eingangsstempel

Name und Adresse der Schule

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 (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)		
Telefonnummer		
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"/>

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

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Stellung zur Antrag stellenden Person

4. Aufenthaltsverhältnisse / Unterschriften

Vom-bis	Aufenthaltsort(e)
Bei vorherigen Maßnahmen der Eingliederungshilfe: Angabe des Kostenträgers und Datum der Beendigung der Maßnahme	

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:

- Ärztliche Gutachten
- Bericht Frühförderzentrum
- Berichte der / des Therapeuten

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