

Antrag

auf Gewährung von Eingliederungshilfe in Tagesstätten zur angemessenen (Vor-) Schulausbildung

Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:	
Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Seit wann am jetzigen Wohnort	
Staatsangehörigkeit	
Welcher Kindergarten bzw. welche schulvorbereitende Einrichtung (SVE) wird zur Zeit besucht	

Familienverhältnisse	des Vaters	der Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Straße		
PLZ, Ort		
Telefon		
Arbeitgeber Anschrift		
Sorgeberechtigt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Pflegekind	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name der Pflegeeltern	
Anschrift	
Telefon	

Angaben zur beantragten Hilfe	
Welche Tagesstätte führt die Förderung durch:	
Ab wann wird die Hilfe beantragt?	
Von wem wurden Sie an die Tagesstätte vermittelt?	
Erhält Ihr Kind bereits Ergotherapie, Logopädie o.ä. (Bitte benennen Sie die Förderung) Wenn ja, seit wann:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Kind bereits ambulant gefördert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, vom wem?	
Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen?	

Anderweitige Ansprüche				
Das Kind ist	selbst <input type="checkbox"/>	mit seinem Vater <input type="checkbox"/>	mit seiner Mutter <input type="checkbox"/>	krankenversichert
		privat <input type="checkbox"/>	gesetzlich <input type="checkbox"/>	
bei der				
Anschrift:				
Es besteht ein Anspruch auf Pflegegeld? ja <input type="checkbox"/> Stufe Höhe der Leistung				
nein <input type="checkbox"/>				
Die Behinderung ist Folge eines				
		- Unfalls	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
		- eines Impfschadens	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
		- schuldhaften Verhaltens Dritter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen bezogen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
Wenn ja, welche:				

Mittagessen:

Unser/Mein Kind nimmt grundsätzlich nicht am Mittagessen in der Schule/Tagesstätte teil oder
 Wir/Ich zahle(n) die Kosten selbst oder

Unser/Mein Kind nimmt am Mittagessen in der Schule/Tagesstätte teil.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wir/Ich erhalte(n) laufend Grundsicherung nach dem SGB II oder SGB XII bzw. Hilfe zum Lebensunterhalt durch das Landratsamt die Stadt das Jobcenter Die Kosten des Mittagessens haben wir/habe ich bei dieser Bewilligungsstelle beantragt.	
<input type="checkbox"/> Wir/Ich erhalte(n) keine laufende Grundsicherung bzw. Hilfe zum Lebensunterhalt. Die Übernahme der Kosten durch den Bezirk Oberfranken wird hiermit beantragt.	
<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie uns/mir zur Prüfung der Kostenbeitragsverpflichtung einen Fragebogen zur Darlegung unserer/meiner wirtschaftlichen Verhältnisse zu, oder	
<input type="checkbox"/> zur Abgeltung unserer/meiner Kostenbeitragsverpflichtung erklären wir uns/erkläre ich mich mit einer Pauschalabgeltung von derzeit mtl. 25,80 € einverstanden. In diesem Falle erübrigt sich die Darlegung der wirtschaftlichen Verhältnisse.	

Erklärung:

Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n).

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, sämtliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse dem Sozialhilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

.....

Ort, Datum

.....

.....
 Unterschrift(en) der Eltern
 bzw. der Sorgeberechtigten