

Antrag

auf Gewährung für Maßnahmen der Eingliederungshilfe
in Kindertageseinrichtungen (Krippe, Kindergarten, Hort)

Anlagen: _____ **Buchungsbeleg Kindergarten**
_____ **ärztliche Stellungnahme**
_____ **begründeter Fördervorschlag der Kindertageseinrichtung (Gewichtungsfaktor,
ggf. Fachdienststeinheiten)**

Hinweis: Bitte Anlage unbedingt mit Kindertageseinrichtung abstimmen!

Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:	
Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Seit wann am jetzigen Wohnort	
Staatsangehörigkeit	

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

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

Angaben zur beantragten Hilfe	
Welche Krippe, Kindergarten, Hort führt die Förderung durch:	
Ab wann wird die Hilfe beantragt?	
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 die mobile sonderpädagogische Hilfe/Dienst in Anspruch genommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

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:				

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



**BEZIRK
OBERFRANKEN**

SOZIALES | GESUNDHEIT | KULTUR | FISCHEREI | LANDWIRTSCHAFT

Urschriftlich zurück:

Bezirk Oberfranken
-Sozialverwaltung-
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

Name: _____, **geb.:** _____

Einverständniserklärung:

Ich/wir, _____, erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass der Bezirk Oberfranken - Sozialverwaltung - die **im Rahmen der Hilfgewährung (z.B. Frühförderung, integrative Förderung in der Kindertagesstätte, Besuch der Schultagesstätte, Besuch der SVE-Tagesstätte, ambulante Assistenz(en), stationäre Internatsbetreuung)** erforderlichen Auskünfte über unser Kind einholt und die bei Ärzten, Kliniken und Behörden geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Sozialberichte, ärztliche Stellungnahmen usw.) zur Einsicht heranzieht.

Ich/wir genehmige/n ferner die Verwertung dieser Unterlagen für gutachterliche Stellungnahmen und Atteste und entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

_____, den _____
(Erziehungsberechtigte/r)