

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken
Sozialverwaltung
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

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

Notwendige Anlagen

Bitte folgendes beifügen	Buchungsbeleg Kindergarten ärztliche Stellungnahme ausführliche Stellungnahme der Krippe, des Kindergartens, des Hort mit Vorschlag zum Förderfaktor und den als notwendig erachteten Fachdienstleistungen (Anzahl)
---------------------------------	---

Persönliche Angaben zum Kind

Vor- und Nachname			
Geschlecht	weiblich	männlich	
Geburtsdatum/-ort			
Staatsangehörigkeit	deutsch	andere:	Passkopie und ggf. Elektronischen Aufenthaltstitel bitte beifügen
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
seit wann am jetzigen Wohnort wohnend			
Klasse			
Ist das zu fördernde Kind ein Pflegekind?	ja	nein	
Vor- und Nachname der Pflegeeltern			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
sorgeberechtigt	ja	nein	

Telefon Sorgerechtsinhaber	
PLZ, Wohnort des Kindes vor Aufnahme in die Pflegefamilie	

Zuständiges Jugendamt

Name des Jugendamtes	
Ansprechpartner	
Telefon	

Persönliche Angaben zu den leiblichen Eltern

	Vater	Mutter
Vor- und Nachname		
Geburtsdatum/-ort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Telefon		
sorgeberechtigt	ja nein	ja nein

Angaben zur beantragten Hilfe (bitte gemeinsam mit Kindertageseinrichtung ausfüllen)

Name der Krippe, des Kindergartens, des Horts, welche/r die Förderung durchführt			
Datum, ab dem die Hilfe beantragt wird			
erhöhter Gewichtungsfaktor	ja (+1,0)	nein	
Fachdienststeinheiten (i. d. R. bis zu 50 Einheiten pro Jahr. Auch bei Kombination mit Frühfördermaßnahmen)	ja, jährlich		nein
Wird bereits Interdisziplinäre Frühförderung gewährt, bzw. zeitgleich beantragt?	ja, seit		nein
bei Kombination beider Maßnahmen	Anzahl BE IFS ¹		Anzahl Fachdienststeinheiten
Ist die Aufteilung mit der IFS ² abgestimmt?	ja	nein	
Erhält Ihr Kind bereits Ergotherapie, Logopädie o. ä.?	ja, seit		nein
Wurde die mobile sonderpädagogische Hilfe/ Dienst in Anspruch genommen?	ja	nein	

¹ BE IFS = Behandlungseinheiten, die durch die Interdisziplinäre Frühförderstelle erbracht werden sollen.

² IFS = Interdisziplinäre Frühförderstelle

Angaben zur Krankenversicherung des Kindes

krankenversichert	privat gesetzlich
	selbst versichert bei der Mutter mitversichert beim Vater mitversichert
Name der Krankenkasse	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Angaben zur Behinderung (Bitte evtl. Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen!)

Behinderung ist Folge eines	Unfalls. Impfschadens. schuldhaften Verhaltens Dritter (z.B. Schädigung bei der Geburt). nein, keine der Alternativen trifft zu.				
Besteht Anspruch auf Pflegegeld?	ja, Grad		Höhe der Leistung		nein
Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen bezogen?	ja		nein		
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 **sorgeberechtigter Vater**
bzw. gesetzlicher/gerichtlich bestellter Vertreter

Unterschrift **sorgeberechtigte Mutter**
bzw. gesetzlicher/gerichtlich bestellter Vertreter