

Eingangsstempel:

Antrag

auf Gewährung von Eingliederungshilfe

nach § 54 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) i. V. m. § 55 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

Hiermit beantrage/n ich/wir die Übernahme der Kosten für folgende Hilfe:

Persönliche Angaben des zu fördernden Kindes

Name, Vorname

Geburtsdatum und -ort

Staatsangehörigkeit

Schwerbehinderung

%

Wohnanschrift

Krankenkasse

Wo wird das Kind tagsüber betreut?

Bei Pflegekindern - Aufenthaltsort vor Aufnahme in die Pflegestelle:

Familienverhältnisse

(Personensorgeberechtigte / Pflegeeltern)

Mutter (Pflegemutter)

Vater (Pflegevater)

Name

Vorname:

Geburtsdatum und -ort

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Wohnanschrift

Telefonnummer

berufliche Tätigkeit

→ bei Antragstellung auf einen integrativen Kindergartenplatz (bitte hier ausfüllen)

Das Kind soll in der folgenden integrativen Kindertagesstätte betreut werden:

Name der Kinderinrichtung

→ bei Antragstellung auf heilpädagogische Frühförderung (bitte hier ausfüllen)

Die Frühförderung sollte, wenn möglich durch folgende Frühförderstelle durchgeführt werden:

Name der Frühförderstelle

VISION gemeinnützige GmbH, Demmin

Kurze Darlegung der Gründe für die Notwendigkeit der beantragten Hilfe

Hinweis

Es besteht für Sie eine Mitwirkungspflicht gemäß § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch – SGB I.

Erklärung

Wir/Ich versichern/e, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind. Wir/Ich sind/bin damit einverstanden, dass die entsprechenden Stellen (z.B. behandelnder Arzt, Sozialpädiatrisches Zentrum, Gesundheitsamt, Kindereinrichtung, Frühförderstelle, etc.) notwendige Auskünfte, die für die vorliegende Antragstellung relevant sind, erteilen dürfen und damit personenbezogene Daten offenbaren. Darüber hinaus erkläre/n ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass Unterlagen und persönliche Daten zum Zweck der gutachterlichen Stellungnahme dem Gesundheitsamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte zur Verfügung gestellt werden und dass die amtsärztlichen Gutachten und Stellungnahmen zu meinem/unserem Kind an die entsprechenden Leistungserbringer weitergegeben werden dürfen. Mir/uns ist bekannt, dass die notwendige Maßnahme der Eingliederungshilfe gewährt wird, auch wenn diese gegebenenfalls von der Antragstellung abweichen kann.

Ort, Datum:

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten:
