

Anlage 6a zum Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern vom 19. Mai 2006 in der Fassung vom 1. Juli 2011

Bezirk

A n t r a g

auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach §§ 53, 54 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

| | |
|--|-----------------------------------|
| Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes: | |
| Name, Vorname | |
| <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich |
| Geburtsdatum und -ort | |
| Straße | |
| PLZ, Wohnort | |
| Seit wann am jetzigen Wohnort | |
| Staatsangehörigkeit | |
| Welcher Kindergarten bzw. welche schulvorbereitende Einrichtung (SVF) wird zurzeit besucht | |

| Familienverhältnisse | des Vaters | der Mutter |
|-----------------------|---|---|
| Name, Vorname | | |
| Geburtsdatum und -ort | | |
| Staatsangehörigkeit | | |
| Familienstand | | |
| Straße | | |
| PLZ, Wohnort | | |
| Telefonnummer | | |
| 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 | |
| Zuständiges Jugendamt | |

| |
|--|
| Angaben zur beantragten Hilfe |
| Welche Frühförderstelle führt die Förderung durch: Caritas-Frühförderungsdienst, Neuburger Str. 128 94036 Passau, Tel. 0851/9516880 |
| Ab wann wird die Hilfe beantragt? |
| Von wem wurden Sie an die Frühförderstelle vermittelt? |

Bitte wenden!

Anlage 6a zum Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern vom 19. Mai 2006 in der Fassung vom 1. Juli 2011

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Wurde Ihr Kind bereits ambulant gefördert? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, von 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 (Name der Krankenkasse) | | | | |
| Anschrift (PLZ, Ort, Strasse der Krankenkasse)..... | | | | |
| Die Behinderung ist Folge eines | - eines Unfalles | 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: | | | | |

- Anlage:
- Förder- und Behandlungsplan
 - Pflegegutachten (soweit vorhanden)
 - Krankenhausentlassungsbericht (soweit vorhanden)
 - Ärztliches Gutachten über Schulrückstellung (soweit vorhanden)
 - Vollmacht zur **Antragstellung**

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.

Mir/uns ist bekannt, dass der Förder- und Behandlungsplan zusammen mit den vorgelegten ärztlichen Gutachten ggf. zu einer zusätzlichen ärztlichen Prüfung weitergeleitet wird.

Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.

.....
Ort, Datum

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

Bitte wenden!