

Stempel/Name, Anschrift der Frühförderstelle
--

Ort, Datum

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Behinderte im Rahmen der pädagogischen Frühförderung für seh-/hörgeschädigte Kinder

gemäß §§ 53, 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit §§ 55 Abs. 2 Nr. 2 und 56 SGB IX

1. Angaben zum Kind:

Kind		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Wohnort	Straße u. Hausnummer	
zugezogen am	von	
Staatsangehörigkeit	krankenversichert bei	

2. Angaben zu den Haushaltsangehörigen:

Vater		
Name, Vorname	Geburtsdatum	
Wohnort	Straße u. Hausnummer	
beschäftigt als	bei	
Staatsangehörigkeit	krankenversichert bei	

Mutter		
Name, Vorname	Geburtsdatum	
Wohnort	Straße u. Hausnummer	
beschäftigt als	bei	
Staatsangehörigkeit	krankenversichert bei	

sonstige Angehörige		
Name, Vorname	Geburtsdatum	
Wohnort	Straße u. Hausnummer	
beschäftigt als	bei	
Staatsangehörigkeit	krankenversichert bei	

sonstige Angehörige	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Wohnort	Straße u. Hausnummer
beschäftigt als	bei
Staatsangehörigkeit	krankenversichert bei

3. Sind Sie Ausländer/in / Asylbewerber/in?

- ja (Bitte Kopie vom Pass mit Aufenthaltserlaubnis / Duldung vorlegen!)
- nein

4. Ansprüche gegen Dritte

4.1 Bestehen wegen der Behinderung Schadensersatzansprüche?

(z.B. wenn die Behinderung aufgrund eines Unfalles oder Impfschadens eingetreten ist)

- ja, und zwar gegen _____
- nein

4.2 Es bestehen

<input type="checkbox"/> keine weiteren Ansprüche
<input type="checkbox"/> Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r <input type="checkbox"/> als Waise
<input type="checkbox"/> Ansprüche nach dem Soldatenversorgungsgesetz <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r <input type="checkbox"/> als Waise
<input type="checkbox"/> Ansprüche nach dem Zivildienstversorgungsgesetz <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r <input type="checkbox"/> als Waise

4.3 Bestehen Beihilfeansprüche gemäß den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes?

- ja - zuständige Beihilfestelle ist:

- nein

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Anlagen:

- Bescheinigung des Facharztes
- Förderplan
- Passkopie (bei ausländischen Hilfesuchenden)
- Unterlagen hinsichtlich Schadensersatzansprüchen

Art der Behinderung

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> blind | <input type="checkbox"/> hörgeschädigt | <input type="checkbox"/> hör-/ sehgeschädigt |
| <input type="checkbox"/> sehbehindert | <input type="checkbox"/> Kind hörgeschädigter Eltern | <input type="checkbox"/> sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Kind blinder Eltern | | |

Zusätzliche Behinderung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schwerst mehrfachbehindert | <input type="checkbox"/> mehrfachbehindert |
|---|--|

Begleitende Maßnahmen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fachklinik | <input type="checkbox"/> Allgemeine Frühförderstelle | |
| <input type="checkbox"/> Fachärzte | <input type="checkbox"/> Spezielle Frühförderstelle | |
| <input type="checkbox"/> Kinderärzte | <input type="checkbox"/> Stationäre Wechselgruppe | |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum | <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte | |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Integrationsplatz in Kindertagesstätte | |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> Hörgeräteakustik |
| <input type="checkbox"/> Psychomotorik | | <input type="checkbox"/> Cochlea Implant Rehasentrum |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | | <input type="checkbox"/> Orthop. (Sehschule) |

Vermittlung durch (Zugangsart)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Augenarzt | <input type="checkbox"/> freipraktizierender Therapeut |
| <input type="checkbox"/> Augenklinik | <input type="checkbox"/> allgemeine Frühförderstelle |
| <input type="checkbox"/> HNO-Arzt / Pädaudiologe | <input type="checkbox"/> spezielle Frühförderstelle |
| <input type="checkbox"/> HNO-Klinik / Pädaudiologie | <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt | <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte |
| <input type="checkbox"/> Kinderklinik | <input type="checkbox"/> Eltern |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum | <input type="checkbox"/> Bekannte / Verwandte |
| <input type="checkbox"/> sonstiger Arzt | <input type="checkbox"/> sonstiges |
| <input type="checkbox"/> andere Klinik | |

Einwilligungserklärung

Ich bin mit der Verarbeitung der von mir auf der Durchschrift des Antragsvordruckes (einschl. Rückseite) gemachten Angaben in den von der Beratungsstelle geführten Akten und automatisierten Dateien einverstanden.

Die Weitergabe persönlicher Daten an den örtlichen Sozialhilfeträger erfolgt lediglich zum Zweck der Abrechnung der durch die Beratungsstelle erbrachten Leistungen.

Die Angaben in den Akten und automatisierten Dateien werden für statistische Auswertungen verwandt.

Die statistischen Auswertungen erfolgen ausschließlich in anonymisierter Form, also ohne Angaben von Namen, Geburtsdaten und Anschrift.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Angabe der persönlichen Daten auf der Rückseite der Durchschrift des Antragsvordruckes freiwillig erfolgt.

Die Einwilligungserklärung kann verweigert bzw. jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten