

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Absender:
 Name:
 Straße:
 PLZ / Ort:

Landratsamt Bautzen
 Jugendamt
 Bahnhofstraße 9
 02625 Bautzen

**Antrag auf Gewährung von Sozialhilfeleistungen
 hier: Eingliederungshilfe für behinderte Kinder
 und Jugendliche**

nach § 54 SGB XII
 Frühförderung
 Integration/HPT
 Ganztagsbetreuung/Heim
 sonstige EGH

Aktenzeichen:

vorgeschlagene Einrichtung			
Zeitraum der Maßnahme			
I. Persönliche Verhältnisse:	des Hilfesuchenden (Kind)	Mutter oder andere Personensorgeberechtigte	Vater oder anderer Personensorgeberechtigter
1. Name (ggf. Geburtsname)			
2. Vorname			
3. Straße / Hausnummer			
4. PLZ / Wohnort			
3. Geburtsdatum			
4. Geburtsort/-kreis			
5. Staatsangehörigkeit			
6. Telefonnummer			
7. Behindert	ja nein		
8. Schwerbehindertenausweis	ja, ausgestellt am:		
	Merkzeichen		
	Grad		
	beantragt nein		
9. Krankenversichert	ja Krankenkasse		
	Versicherungsnummer		
	nein		
10. Ansprüche aus dem Bundes- versorgungsgesetz - BVG (Wenn ja, welcher Art?)	ja nein	ja nein	ja nein
11. Pflegestufe	ja, welche: _____ nein	Pflegesachleistung	Pflegegeld
12. Familienstand			

© Landratsamt Bautzen Gewährung von Eingliederungshilfe für behinderte Kinder, Antrag - 04/2015

II. Vorrangige Ansprüche des Hilfesuchenden			
1. Geht die Behinderung auf einen Unfall zurück?		ja nein	
Wenn ja, Name der Versicherung _____			
und Versicherungs-Nr. _____			
2. Gibt es Ansprüche an die Krankenkasse oder ein Krankenhaus?		ja nein	
3. Geht die Behinderung auf ein Gewaltverbrechen zurück?		ja nein	
4. Ärztliche/medikamentöse sowie therapeutische Versorgung			
behandelnder Arzt:			
Name:			
Fachrichtung:			
Adresse:			
verordnete Medikamente:		med./therapeutische Maßnahmen:	
Hilfsmittel:	keine	von - bis	Therapieziele
	Physiotherapie		
	Logopädie		
	Ergotherapie		
	Psychotherapie/ Erz.-beratung		
Vorstellung bereits erfolgt beim:			
Augenarzt	am	Ergebnis:	
HNO-Arzt	am	Ergebnis:	
Hautarzt	am	Ergebnis:	
	am	Ergebnis:	
III. Kostenbeitrag			
Der Kostenbeitrag ist abhängig von den beantragten Leistungen. Für Frühförderung und Integration wird kein Kostenbeitrag erhoben. Für die Heilpädagogische Tagesgruppe und die GTB wird ein altersabhängiger Kostenbeitrag erhoben. Für Wohnheimaufenthalt wird der Kostenbeitrag individuell berechnet. Bitte erfragen Sie die vorzulegenden Unterlagen bei Ihrem Sachbearbeiter. Den Kostenbeitrag bei sonstiger Eingliederungshilfe erfragen Sie bitte bei Ihrem Sachbearbeiter.			
IV. Erklärung			
Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund §§ 60 bis 65 Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I) erhoben. Sie werden zur Prüfung von Leistungsvoraussetzungen sowie etwaiger Ansprüche gegenüber Drittverpflichteten benötigt. Bei fehlender Mitwirkung Ihrerseits kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.			
Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erlangte Leistungen erstatten muss. Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen sind unverzüglich mitzuteilen.			
Ort, Datum _____		Unterschrift Mutter oder andere Personensorgeberechtigte _____	Unterschrift Vater oder anderer Personensorgeberechtigter _____

V. Schweigepflichtentbindung sowie Hinweise zum Datenschutz

Schweigepflichtentbindung

Wir sind damit einverstanden, dass:

- personenbezogene Daten zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs unseres Kindes innerhalb des Landratsamtes Bautzen zwischen Sozialamt, Gesundheitsamt und Jugendamt übermittelt werden, damit über die Leistung nach §§ 53 ff Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) entschieden werden kann,
- zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes ggf. mit den anderen Rehabilitationsträgern (z.B. Träger der Jugendhilfe) Kontakt aufgenommen und der Antrag weiter geleitet werden kann.

Ebenfalls von der Schweigepflicht entbunden werden:

Kinderarzt: _____

Leistungserbringer: _____

Therapeuten: _____

Fachärzte/Kliniken: _____

Schule/ Kita: _____

Belehrung zum Datenschutz:

Die hier erhobenen Daten sind zur Bearbeitung beim Leistungsträger, dem zuständigen Träger der Sozialhilfe, bestimmt. Diese Sozialdaten dienen ausschließlich dem Zweck der sozialhilferechtlichen sowie fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 9 und 53 ff. i. V. m. § 58 SGB XII. Die vorbereitende Erhebung sowie das sich anschließende Gesamtplangespräch sind Bestandteile des Gesamtplanungsverfahrens im Freistaat Sachsen. Die in §§ 67 ff. des SGB X genannten Regelungen zum Schutz von Sozialdaten werden beachtet. Die Übermittlung von Daten erfolgt im gesetzlich zulässigen Rahmen.

Ort, Datum

gesetzlicher Vertreter

Einschätzung des Kinderarztes zur Notwendigkeit einer heilpädagogischen Maßnahme für Kinder mit Behinderung gem. § 53 ff Abs. 1 SGB XII

Zur Antragsstellung beim Landratsamt Bautzen, Jugendamt, Eingliederungshilfe nach SGB XII

Angaben zum Kind

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:			
Straße:			HausNr.:
PLZ:	Ort:	Ortsteil:	

Diagnose(n) nach ICD

- körperliche Entwicklungsstörung
- geistige Entwicklungsstörung
- Sprach- und Sprechstörung
- Körperbehinderung
- statomotorische Entwicklungsverzögerung
- Störung der Sinnesorgane
- Entwicklungs- und Verhaltensstörung
- Mehrfachbehinderung
- Sonstige Störung: _____

Eine ambulante heilpädagogische Frühförderung wird empfohlen

(ohne Notwendigkeit weiterer medizinischer Reha-Leistungen oder bei bereits begonnenen Therapien)

Eine Komplexeleistung von medizinischen und heilpädagogischen Leistungen wird empfohlen

(die Überweisung an eine interdisziplinäre Frühförderstelle bzw. ein SPZ zur Entwicklungsdiagnostik wurde veranlasst)

Eine integrative Förderung in der Kindereinrichtung wird empfohlen

Eine intensive Förderung in einer heilpädagogischen/sprachheilpädagogischen Kindereinrichtung/Gruppe wird empfohlen

Förder- bzw. Theoriebedarf wird nach ärztlicher Einschätzung in folgenden Bereichen gesehen (zutreffendes bitte unterstreichen):

Wahrnehmung	Lernen	Denken
Sprache	Verhalten	Emotion
Sehen	Hören	Bewegen

Eine heilpädagogische Förderung ist derzeit nach kinderärztlicher Einschätzung nicht notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Kinderarzt

Hinweisblatt zum Antrag auf Eingliederungshilfe

Eingliederungshilfe im Sinne des SGB XII können Menschen erhalten, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalls, insbesondere nach Art und Schwere der Behinderung Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann (§ 53 SGB XII).

Für einen Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem SGB XII werden, soweit vorhanden, folgende Unterlagen benötigt (bitte keine Originale beifügen):

1. Kopie der Vorsorgeuntersuchung U1
2. Kopie der letzten Vorsorgeuntersuchung beim Kinderarzt
3. Kopie(n) der ärztlichen Befundberichte der letzten 12 Monate
4. Kopie(n) der Therapieberichte der letzten 12 Monate (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Physiotherapie)
5. Kopie des Berichtes des sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ)
6. bei Integration und heilpädagogischer Förderung von der Einrichtung eine Entwicklungseinschätzung nach ICF-CY (Seite 4-13)
7. Empfehlung des behandelnden Kinderarztes
8. Kopie der Verlaufsdagnostik der interdisziplinären Frühförderstelle
9. Kopie des Bescheides über die Anerkennung einer Schwerbehinderung, Schwerbehindertenausweis
10. Kopie des Bescheides über die Entscheidung zum Antrag auf Landesblindengeld
11. Kopie des Bescheides über die Entscheidung zum Antrag auf Pflegegeld nach dem SGB XI
12. Schulfeststellungsbescheid/Schulrückstellungsbescheid/Platzgeldbestätigung der Kita

Der Antrag ist vollständig auszufüllen und zusammen mit der **Schweigepflichtentbindung** einzureichen. Die Antragsbearbeitung erfolgt in Kamenz oder Hoyerswerda (siehe Gebietsaufteilung).

Ansprechpartner

Am Standort Kamenz

Frau Mieth
Tel. -51249

Frau Reinecke
Tel.-51248

Besucheranschrift:
Macherstraße 57
01917 Kamenz
Tel.: 03591/5251-



Ansprechpartner

Am Standort Hoyerswerda

Frau Rentsch
Tel.-51250

Frau Schreiber
Tel.-51251

Besucheranschrift:
Schlossplatz 2
02977 Hoyerswerda
Tel.: 03591/5251-