

**Hochsauerlandkreis
FD 26/4
Clearingstelle
Am Rothaarsteig 1
59929 Brilon**

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe

gem. § 35a Achtes Sozialgesetzbuch (SGB VIII) oder § 99 Neuntes Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Leistungen der Eingliederungshilfe finden ihre gesetzliche Grundlage im Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII) und/oder im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX). Um über diesen Antrag auf Leistungen nach dem SGB VIII oder SGB IX entscheiden zu können, ist es erforderlich, dass Sie im Folgenden möglichst genaue Angaben machen.

Bitte denken Sie daran Ihrem Antrag alle erforderlichen Unterlagen (siehe „Wichtige Hinweise“ am Ende dieses Dokuments) beizufügen.

A) Angaben zum Kind/Jugendlichen/jungen Volljährigen

Familiennamen		Vorname
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Wohnort
Geschlecht	Geburtsdatum	Geburtsort
Name der Krankenversicherung des Kindes		Krankenversichert durch ☐ Vater ☐ Mutter ☐ sonstige (bitte angeben):
Anschrift der Krankenversicherung		Versichertennummer
Staatsangehörigkeit		

Wohnsituation

☐	In der Familie
☐	In einer Einrichtung
	Kontaktdaten und Ansprechpartner der Einrichtung:
	Letzte Anschrift vor dem Einzug in die Einrichtung:
☐	Sonstiger Aufenthalt (beispielsweise: Verwandte, Bekannte):

Bei ausländischer Staatsangehörigkeit (bitte ankreuzen und Kopie beifügen)

☐	Dauerhafter Aufenthalt (z.B. unbefristete Aufenthaltserlaubnis, Niederlassungserlaubnis)	☐	Befristeter Aufenthalt
		☐	Aufenthaltsgestattung
		☐	Duldung
		☐	Aufenthaltserlaubnis
		☐	Visum
☐	Sonstiges		
☐	Dolmetscher wird benötigt	☐	Dolmetscher wird nicht benötigt
Wenn ja, in welcher Sprache?			

B) Angaben zu den Eltern

Familienname der Mutter	Vorname der Mutter
Anschrift (falls abweichend)	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Familienname des Vaters	Vorname des Vaters
Anschrift (falls abweichend)	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Beziehen oder bezogen Sie oder Ihr Kind in den letzten 6 Monaten eine der folgenden Leistungen?

☐	Leistungen nach dem SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende Name, Kontaktdaten der Institution:
☐	Leistungen nach dem SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (Beispiele: Frühförderung, heilpädagogische Leistungen in KiTa, Schulbegleitung, Autismustherapie, stationäre Unterbringung usw.) Name, Kontaktdaten der Institution:
☐	Leistungen nach dem SGB XII – Sozialhilfe Name, Kontaktdaten der Institution:
☐	Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Name, Kontaktdaten der Institution:
☐	Leistungen nach dem SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe (Beispiele: Hilfen zur Erziehung, Schulbegleitung, Autismustherapie, stationäre Unterbringung usw.) Name, Kontaktdaten der Institution:
☐	Sonstige Leistungen Name, Kontaktdaten der Institution:
☐	Keine dieser Leistungen

C) Angaben zum Sorgerecht

☐	gemeinsame elterliche Sorge
☐	alleinige elterliche Sorge liegt bei der Mutter (Bitte Kopie des Sorgerechtsbeschlusses oder der Negativbescheinigung beifügen)
☐	alleinige elterliche Sorge liegt beim Vater (Bitte Kopie des Sorgerechtsbeschlusses oder der Negativbescheinigung beifügen)
☐	Vormund (Bitte Kopie der Bestallungsurkunde beifügen)
☐	Ergänzungspfleger mit Angaben zum Wirkungskreis (Bitte Kopie der Bestallungsurkunde beifügen)
☐	gesetzlicher Betreuer (Bitte Kopie der Bestallungsurkunde beifügen)

D) Angaben zur Behinderung des Kindes/Jugendlichen/jungen Volljährigen

Welche Behinderung liegt vor:

Ist die Behinderung aufgrund eines anerkannten Fremdverschuldens eingetreten?

☐	Nein	☐	Ja
--------------------------	------	--------------------------	----

Wenn ja, gibt es einen Schadensersatzanspruch?

☐	Nein	☐	Ja
--------------------------	------	--------------------------	----

Wenn ja, gegen wen (Name, Anschrift, Aktenzeichen)

Liegt ein Schwerbehindertenausweis oder einen Bescheid über die Anerkennung einer Schwerbehinderung vor?

☐	Ja	☐	Nein	☐	Wurde beantragt am:
Wenn ja, welchen Grad:		Merkzeichen		Befristet bis	

Wurde ein Pflegegrad anerkannt?

☐	Ja	☐	Nein	☐	Wurde beantragt am:
--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	---------------------

Wenn ja, welcher Pflegegrad:
Wer sind die behandelnden Ärztinnen und Ärzte?
Welche Therapien werden durchgeführt?

E) Angaben zum Unterstützungsbedarf im Alltag

Welche Schule und Klasse wird besucht?	Wie gestaltet sich der Alltag?
--	--------------------------------

Wird die Randstundenbetreuung / OGS in Anspruch genommen?

☐	Ja	☐	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Welche Unterstützung wird im Unterricht / im Schulalltag benötigt?

Was ist wichtig, um die persönliche Situation zu verstehen (medizinische Vorgeschichte, bisherige Erfahrungen, Charaktereigenschaften, bedeutsame Lebensereignisse, Lebensweisen etc.)?

Werden aktuell Hilfsmittel in der Schule bzw. im Alltag (im Bereich Kommunikation, Mobilität, Sehen etc.) benutzt?

☐	Ja	☐	Nein
Wenn ja, welche Hilfsmittel:			

Ist eine eigenständige Fortbewegung möglich?

☐	Ja	☐	Ja, bei Nutzung von Hilfsmitteln	☐	Nein	☐	Nein, nur mit personeller Unterstützung
--------------------------	----	--------------------------	----------------------------------	--------------------------	------	--------------------------	---

Ist selbstständiges Essen und Trinken möglich?

☐	Ja	☐	Ja, bei Nutzung von Hilfsmitteln	☐	Nein	☐	Nein, nur mit personeller Unterstützung
--------------------------	----	--------------------------	----------------------------------	--------------------------	------	--------------------------	---

Ist der Toilettengang eigenständig möglich?

☐	Ja	☐	Ja, bei Nutzung von Hilfsmitteln	☐	Nein	☐	Nein, nur mit personeller Unterstützung
--------------------------	----	--------------------------	----------------------------------	--------------------------	------	--------------------------	---

Erfolgt das Be- und Entkleiden selbstständig?

☐	Ja	☐	Teilweise	☐	Nein	☐	Nein, nur mit personeller Unterstützung
--------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------	------	--------------------------	---

Wie erfolgt die Kommunikation?

☐	Sprache, Verbal	☐	Mit technischen Hilfsmitteln	☐	Gebärden	☐	Gestik / Mimik
--------------------------	-----------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	----------	--------------------------	----------------

Können Abläufe und Regeln eingehalten werden?

☐	Ja	☐	Nein	☐	Nein, nur mit personeller Unterstützung
--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	---

Besteht ein altersgemäßes Gefahrenbewusstsein?

☐	Ja	☐	Nein	☐	Nein, nur mit personeller Unterstützung
--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	---

Besteht bereits Kontakt zu einem Leistungsanbieter (beispielweise Anbieter Schulbegleitung)?

Name des Leistungsanbieters

--	--

Ich möchte über die Möglichkeit zum "Persönliches Budget" beraten werden:

☐	Ja	☐	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Wichtige Hinweise:

Ich weiß / Wir wissen, dass ich / wir wahrheitsgemäße und vollständige Angaben über die Verhältnisse aller, für die Bescheidung wichtigen Familienmitglieder zu machen habe/n und Änderungen, die für die Leistung erheblich sind, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen habe/n.

Hierzu zählen insbesondere Änderungen in den Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (z.B. Wohnungswechsel, Krankenhausaufenthalte).

Ich versichere / Wir versichern hiermit, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen (§ 60 SGB I).

Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich / sind wir informiert (§ 66 SGB I).

Es ist mir / uns bekannt, dass ich / wir wegen unvollständiger und unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann / können und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss / müssen (§ 263 StGB).

Ich habe / wir haben davon Kenntnis, dass der Hochsauerlandkreis seine Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon gemäß §§ 14 und 15 SGB IX an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann. Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten bin ich / sind wir einverstanden.

Ich bin / wir sind darüber unterrichtet, dass die in der individuellen Bedarfsermittlung des Hochsauerlandkreises erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und der erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Gesamtplanes / Hilfeplanes verwendet werden.

Beim Ausfüllen dieses Formulars wurde ich unterstützt durch:
--

Ort, Datum	Unterschrift/en Sorgeberechtigte / Antragsteller / gesetzliche/r Vertreter
------------	--

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen in Kopie bei:

- den von Ihnen unterschriebenen Antrag. Bei gemeinsamem Sorgerecht, muss der Antrag von **beiden Sorgeberechtigten** unterschrieben werden. *Sind Sie bereits volljährig, muss der Antrag von Ihnen selbst (und soweit vorhanden) und/oder von Ihrer gesetzlichen Betreuerin oder Ihrem gesetzlichen Betreuer (je nach Wirkungskreis) gestellt werden. Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestallungsurkunde bei.*
- Bei **seelischen Behinderungen** bzw. **wenn eine solche**: Eine fachärztliche Stellungnahme einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, eines sozialpädiatrischen Entwicklungszentrums, einer Kinderklinik oder einer kinder- und jugendpsychotherapeutischen Praxis mit vollständiger Diagnose (ICD 10, multiaxiales Klassifikationsschema), die nicht älter als 6 Monate ist. Die dort enthaltenen Testungen dürfen nicht älter sein, als 2 Jahre und dürfen nicht von anderen

Praxen übernommen werden.

- Bei **körperlichen, geistigen oder Mehrfachbehinderungen**: Facharztberichte oder sonstige Nachweise, aus denen das Behinderungsbild hervorgeht (z.B. vom Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)).
- Die ausgefüllte und von Ihnen unterschriebene Schweigepflichtentbindung (siehe unten), in der Sie die o.g. Institutionen und mich von der Schweigepflicht entbinden. Dies ist elementar wichtig, falls es Rückfragen gibt. Ohne dass wir von der Schweigepflicht entbunden werden, dürfen wir uns trotz der vorliegenden Berichte nicht miteinander austauschen.
- Einen Sorgerechtsnachweis z. B. Erklärung zu gemeinsamen Sorgerecht, Negativtestat, Gerichtsbeschluss etc. (entfällt bei Volljährigen)
- Nachweis einer Vaterschaftsanerkennung (entfällt bei verheirateten Eltern, wenn als Sorgerechtsnachweis eine Heiratsurkunde vorgelegt wurde)
- Die Geburtsurkunde des Kindes, *bei Volljährigen von Ihnen selbst*
- Bei Schulbegleitungen: einen aktuellen Entwicklungsbericht der Schule (siehe beigefügten Vordruck. Es soll ausschließlich dieses Formular verwendet werden, um Rückfragen zu vermeiden)
- Kopie des MD-Gutachtens zum Pflegegrad (Medizinischer Dienst) (sofern vorhanden)
- Kopie des Schwerbehindertenausweises (sofern vorhanden)
- Stellungnahme, Berichte oder Gutachten von Gesundheitsamt oder Schulamt (sofern vorhanden)
- Entwicklungsdokumentation des Kindergartens bei Schulanfängerinnen oder Schulanfängern (sofern vorhanden)
- Bericht einer ergotherapeutischen oder logopädischen Praxis (sofern vorhanden)
- Den aktuellen Stundenplan sowie Zeugnisse
- Bestätigung über den Aufenthaltsstatus (nur bei ausländischer Staatsangehörigkeit)

Sie können uns gerne weitere Dokumente einreichen, wenn Sie glauben, dass diese relevant sein können.

Beachten Sie bitte:

Im Rahmen Ihrer Antragsstellung bzw. Leistungsbezugs sind Sie gemäß §§ 60 ff. SGB I verpflichtet, an der Feststellung des Bedarfs aktiv mitzuwirken. Dies beinhaltet unter anderem, dass Sie mir alle relevanten Unterlagen vorlegen, welche für die Entscheidung über Ihren Leistungsanspruch von Bedeutung sind oder mir die Möglichkeit geben, diese einzufordern. Daher ist die beigefügte Schweigepflichtentbindung unbedingt erforderlich. Veränderungen müssen ebenfalls unaufgefordert und unverzüglich mitgeteilt werden.

Sollten Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann dies zu einer Versagung der Sozialleistungen führen. Wir bitten Sie daher, die geforderten Angaben und Unterlagen zeitnah und vollständig einzureichen, um eine zügige Bearbeitung Ihres Antrags zu gewährleisten.

Die eingereichten Unterlagen sind ein wesentlicher Bestandteil um zu überprüfen, ob ein Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht. Nachdem die gesundheitlichen Beeinträchtigungen festgestellt wurden, erfolgt die Prüfung einer Teilhabebeeinträchtigung. Erst wenn beide Voraussetzungen erfüllt sind, liegt ein Anspruch vor (vgl. § 35a SGB VIII bzw. § 99 SGB IX).

Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich:

Name des/der Sorgeberechtigten	Vorname des/der Sorgeberechtigten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort

dass ich

- die Schule (Name, Anschrift, Ansprechperson)
- die Ärztin, den Arzt (Name, Anschrift)
- die Therapeutin, den Therapeuten (Name, Anschrift)
- den Träger der die Hilfe durchführen soll (Name, Anschrift)
- den Träger der OGGS / Betreuung (Name, Anschrift)
- meine Vertrauensperson (Name, Anschrift)
- sonstige Person/Institution/Organisation (Name, Anschrift)

sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Eingliederungshilfe, der Wirtschaftlichen Jugendhilfe und den Allgemeinen Sozialdienst des Hochsauerlandkreises

bezüglich Ihres Antrags auf Eingliederungshilfe für mein Kind

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

wechselseitig von ihrer gesetzlichen Pflicht zur Verschwiegenheit entbinde.
Ich bin über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie möglicher Folgen einer Verweigerung aufgeklärt und weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann

Ort, Datum	Unterschrift/en Sorgeberechtigte / Antragsteller / gesetzliche/r Vertreter
------------	---