

Märkischer Kreis
 Fachdienst Soziales
 Bismarckstraße 17
 58762 Altena

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Kostenübernahme für: ☐ Schulbegleitung ab
 (Mehrfachnennung möglich) ☐ Autismus-Therapie
☐ Hilfsmittel
☐ Freizeitgestaltung / Assistenzleistungen
☐ Mobilitätshilfen
☐ sonstige Maßnahmen

☐ Mein Kind hat schon einmal Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten (z. B. Heilpädagogische Frühförderung, Autismus-Therapie etc.). Bitte nennen Sie die Behörde, die die Leistung bewilligt hat, die Art der Leistung und das Ende der letzten Bewilligung. **Bitte fügen Sie den letzten Gesamt- oder Teilhabeplan, die Verlaufs- oder Abschlussdiagnostik oder den Bewilligungsbescheid in Kopie bei.**

Behörde	Art der Leistung	Ende der letzten Bewilligung

Teilhabeleistungen sind Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX. Um diesen Antrag auf Leistungen nach dem SGB IX entscheiden zu können, ist es erforderlich, dass Sie möglichst genaue Angaben machen. **Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise.** Anträge können erst dann bearbeitet werden, wenn sie vollständig vorliegen.

☐ Erstantrag

☐ Folgeantrag

A) Angaben zum Kind

Nachname		Vorname	
Adresse			
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		Bei ausländischer Staatsangehörigkeit: ☐ dauerhafter Aufenthalt ☐ befristeter Aufenthalt (bitte ankreuzen, Aufenthaltstitel in Kopie beifügen)	
Pflegekind (bitte ankreuzen, Nachweis über Pflegeverhältnis in Kopie beifügen) ☐ ja ☐ nein			
Krankenversicherung des Kindes		Versicherungsnummer	
Adresse der Krankenkasse		Versicherungsnehmer	

B) Gesetzliche Vertretung des Kindes

Sorgerecht liegt bei (bitte ankreuzen, Nachweis beifügen bei geteiltem Sorgerecht, Vormundschaft)	
☐ Eltern	☐ Elternteil 1 ☐ Elternteil 2 ☐ Vormund
Nachname Elternteil 1/Vormund	Vorname Elternteil 1/Vormund
Adresse (falls abweichend zum antragstellenden Kind)	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Nachname Elternteil 2	Vorname Elternteil 2
Adresse (falls abweichend zum antragstellenden Kind)	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Erhalten Sie oder Ihr Kind Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)?	
☐ ja ☐ nein	
Falls ja:	
Jugendamt:	Leistung:
Ansprechperson:	

C) Wohnsituation

Das Kind lebt im Haushalt				
☐ der Eltern ☐ des Elternteils 1 ☐ des Elternteils 2 ☐ der Pflegeeltern				
Zum Haushalt gehören noch folgende Personen:				
	Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Verhältnis zum Kind
1				
2				
3				
4				
5				
6				
Bei der den Person(en) zu Ziffer liegt eine Behinderung vor.				
Das Kind lebt in einer Einrichtung über Tag und Nacht. Name u. Adresse der Einrichtung, Ansprechperson in der Einrichtung, Telefonnummer, E-Mail-Adresse (bitte Bewilligungsbescheid in Kopie beifügen)				

D) Angaben zur Behinderung des Kindes

Welche Behinderung liegt vor? Diagnosen eintragen (bitte aktuelle Diagnosen in Kopie beifügen):	
Ist Ihr Kind an ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) angebunden und wird dort regelmäßig vorgestellt? (bitte aktuellen Entwicklungsbericht beifügen)	
☐ ja ☐ nein	SPZ/Klinik: in Behandlung seit:
Wurde bei Ihrem Kind eine Schwerbehinderung festgestellt? (Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid in Kopie beifügen)	
☐ ja ☐ nein ☐ ist beantragt	
Ist die Behinderung aufgrund eines anerkannten Fremdverschuldens eingetreten? (Falls ja, bitte Nachweise beifügen, z. B. Feststellungsbescheid nach dem SGB XIV – Soziale Entschädigung)	Besteht ein Schadensersatzanspruch?
☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
	Falls ja, gegen wen? Name, Anschrift Aktenzeichen

Wie wirkt sich die Behinderung Ihres Kindes im Alltag aus? Was kann Ihr Kind trotz seiner Behinderung gut, wobei benötigt es noch Unterstützung?	
Wurde eine Pflegebedürftigkeit festgestellt? ☐ ja ☐ nein ☐ beantragt	Welcher Pflegegrad? (Bitte MDK-Gutachten in Kopie beifügen) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Welche Leistungen der Pflegeversicherung werden in Anspruch genommen? ☐ Pflegegeld ☐ Sachleistungen ☐ Kombileistungen ☐ wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ☐ Kurzzeitpflege ☐ Verhinderungspflege ☐ Entlastungsleistungen	
Welcher Pflegedienst erbringt die Leistungen: Stehen Ihrem Kind Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Talker, Hörgeräte etc.) zur Verfügung? Wenn ja, welche Hilfsmittel?	
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ☐ ja ☐ nein	Falls ja, welche?
Erhält Ihr Kind medizinisch-therapeutische Leistungen? ☐ ja ☐ nein Falls ja, ☐ nach der Schule ☐ in der Schule	Welche Leistungen? ☐ Physiotherapie ☐ Logopädie ☐ Ergotherapie ☐ andere, nämlich:
Eine Verordnung über häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) oder Außerklinische Intensivpflege (§ 37 c SGB V) liegt vor: ☐ ja ☐ nein	(bitte Verordnung in Kopie beifügen) Zeitraum: Umfang: Dienst:
Benötigt Ihr Kind ergänzend Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, z. B. weitere Hilfsmittel, Kur etc.? ☐ ja ☐ nein	Wenn ja, welche Leistungen?

Hier wird nach altersentsprechenden Basisfähigkeiten gefragt (es ist z. B. bei einem 6-jährigen Kind altersentsprechend, die Gefahren des Straßenverkehrs nicht vollständig einschätzen zu können)				
Mein Kind	Ja	Nein	mit Unterstützung durch andere Personen	nur mit Nutzung von Hilfsmitteln
ist eigenständig mobil	☐	☐	☐	☐
kann selbständig essen und trinken	☐	☐	☐	☐
kann sich selbständig an- u. ausziehen	☐	☐	☐	☐
kann selbständig auf die Toilette gehen	☐	☐	☐	☐
kann altersentsprechend sprechen/sich verständigen	(auch mit Gebärden) ☐	☐	☐	Talker ☐
hat ein altersentsprechendes Gefahrenbewusstsein	☐	☐	☐	
kann Regeln akzeptieren	☐	☐	☐	
kann sein Verhalten regulieren	☐	☐	☐	
kann sich konzentrieren	☐	☐	☐	
kann seine Bedürfnisse benennen	☐	☐	☐	
kann seine Bedürfnisse situationsabhängig zurückstellen	☐	☐	☐	
hat feste Kontakte zu Gleichaltrigen	☐	☐	☐	
kann Konflikte lösen	☐	☐	☐	
kann mit Stress oder unvorhergesehen Situationen umgehen	☐	☐	☐	

E) Schule (Leistungen zur Teilhabe an Bildung)

Welche Schule besucht Ihr Kind/wird Ihr Kind besuchen?	Welche Klasse?
Wurde bei Ihrem Kind ein AOSF-Verfahren durchgeführt? ☐ ja ☐ nein ☐ beantragt	Falls ja, welcher Förderschwerpunkt wurde festgestellt?
Besucht Ihr Kind die Betreuung/OGS? ☐ ja ☐ nein Ansprechperson:	Falls ja, bis wieviel Uhr?
Welcher Leistungserbringer soll die Schulbegleitung übernehmen?	Leistungserbringer

F) Autismus-Therapie (Leistungen zur Teilhabe an Bildung)

Hat Ihr Kind schon einmal an einer Autismus-Therapie teilgenommen? Falls ja, bitte letzten Entwicklungsbericht in Kopie beifügen. ☐ ja ☐ nein	Falls ja, welcher Leistungserbringer?
Was erwarten Sie von einer Autismus-Therapie (z.B. Beratung, konkrete Anleitung im Umgang mit Ihrem Kind, Ihr Kind verstehen etc.), welche Ziele soll Ihr Kind durch die Autismus-Therapie erreichen (z. B. Vermeidung von Konflikten zu Hause oder in der Schule, sich mitteilen können, Kontakt mit Gleichaltrigen haben, Veränderungen akzeptieren können etc.)	
Welcher Leistungserbringer soll die Autismus-Therapie durchführen?	Leistungserbringer

G) Freizeitbegleitung/Assistenz (Leistungen zur Sozialen Teilhabe)

Welche Leistungen sollen konkret erbracht werden (z.B. Freizeitgestaltung als Einzelbegleitung oder in altersentsprechenden Gruppen, Hilfsmittel, Mobilitätshilfen (Nutzung des Behindertenfahrdienstes) etc.)	
Wie gestaltet das Kind aktuell die Freizeit, welche Hobbys hat das Kind (z.B. Vereinssport, Musikschule, basteln, spielen, mit Freund innen oder Verwandten treffen etc.)? Warum können Sie die Freizeitgestaltung Ihres Kindes nicht selbst organisieren?	
Welche Wünsche und Vorstellungen hat das Kind in Bezug auf die eigene Freizeitgestaltung?	
Welcher Leistungserbringer soll die Freizeitbegleitung/Assistenz durchführen?	Leistungserbringer

H) Hilfsmittel

Welches Hilfsmittel benötigt Ihr Kind?	
Wofür wird das Hilfsmittel benötigt?	
Wer hat die Beantragung des Hilfsmittels empfohlen? Falls ärztlich verordnet, bitte Verordnung („Rezept“) in Fotokopie beifügen.	Haben Sie die Kostenübernahme für das Hilfsmittel schon einmal bei der Krankenversicherung Ihres Kindes beantragt? Falls ja, bitte Entscheidung der Krankenkasse in Kopie beifügen. ☐ ja ☐ nein

Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich,

Vor- u. Nachname des Elternteils 1, des Vormunds	Vor- u. Nachname des Elternteils 2
Straße u. Hausnummer, PLZ u. Wohnort	Straße u. Hausnummer, PLZ u. Wohnort

dass ich

(falls der Platz nicht ausreicht, weil Ihr Kind z.B. in mehreren Kliniken behandelt wird, nicht benötigte Zeile verwenden und umbenennen)

die Schule (Name, Anschrift)
die Ärztin, den Arzt (Fachrichtung, Name, Anschrift)
die Ärztin, den Arzt (Fachrichtung, Name, Anschrift)
die Therapeutin, den Therapeuten (Name, Anschrift)
die Klinik, z. B. Sozialpädiatrisches Zentrum od. Kinder- u. Jugendpsychiatrie (Name, Anschrift)
den die Leistungserbringer für die beantragte(n) Leistung(en) (Name, Anschrift)
den die Leistungserbringer für die beantragte(n) Leistung(en) (Name, Anschrift)
die Leitungskraft der Wohneinrichtung sowie den die Bezugsbetreuer in (Namen, Anschrift) bei stationärer Unterbringung
den Träger der Kranken- u. Pflegeversicherung (Name, Anschrift)
das Jugendamt (Name, Anschrift)
den die Verfahrenslots in (Name, Anschrift)
folgende Stellen oder Personen (Name, Anschrift)
folgende Stellen oder Personen (Name, Anschrift)

sowie die Mitarbeitenden des Märkischen Kreises (Fachdienste Soziales, Gesundheit, Schulangelegenheiten und Schulaufsicht, Schwerbehindertenrecht, Bildung und Teilhabe, Jugendamt)

bezüglich des Antrags auf Teilhabeleistungen für das Kind

Nachname, Vorname	Geburtsdatum
-------------------	--------------

wechselseitig von der gesetzlichen Pflicht zur Verschwiegenheit entbinde.

Über den Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung und den möglichen Folgen einer Verweigerung bin ich informiert. Ich weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil 1, Vormund | in

Unterschrift Elternteil 2

Erklärung:

Die Hinweise zum Schutz meiner|unserer persönlichen Daten gemäß Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) unter: <https://www.maerkischer-kreis.de/datenschutz-informationen> habe|n ich|wir zur Kenntnis genommen.

Ich versichere|Wir versichern, dass die vorstehenden Angaben sowie die Angaben in den Anlagen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich verpflichte mich|Wir verpflichten uns, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistungen maßgebend sind – insbesondere in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie vorübergehende Abwesenheit zur Durchführung von Diagnostiken oder Rehabilitationsmaßnahmen in stationären Einrichtungen, Krankenhausaufenthalten, dauerhafte Änderungen des Aufenthalts wegen Unterbringung in einer Einrichtung oder einer Pflegefamilie, Feststellung oder Änderung eines Pflegegrades, Beantragung von Leistungen, die den gleichen oder einen ähnlichen Zweck verfolgen (z. B. Ergotherapie, Psychotherapie, verhaltenstherapeutische Maßnahmen etc.), Wohnungswechsel usw. – unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen - § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Mir|Uns ist bekannt, dass ich mich|wir uns durch unvollständige oder unwahre Angaben strafbar mache|n (Betrug) und dass zu Unrecht empfangene Leistungen zu erstatten sind.

Ich bin|Wir sind damit einverstanden, dass dieser Antrag mit begleitenden Unterlagen an den zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet wird, wenn der Märkische Kreis als örtlicher Träger der Eingliederungshilfe nicht für die Gewährung der Leistung zuständig ist.

Ich bin|wir sind damit einverstanden, dass die an der Durchführung der Leistung beteiligten Stellen (Schulen, Leistungserbringer, ggf. weitere Rehabilitationsträger) eine Durchschrift des Gesamt-|bzw. Teilhabtplans erhalten.

Beim Ausfüllen des Antrags hat mir|uns die nachfolgend genannte Person geholfen:

Name

Funktion

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil 1, Vormund|in

Unterschrift Elternteil 2

Vollmacht:

Wir, die Unterzeichnenden, bevollmächtigen uns gegenseitig bis zum Widerruf dieser Vollmacht, dass jeder mit rechtsverbindlicher Wirkung für den anderen und für das unter A) aufgeführte minderjährige, unverheiratete Kind alle für die Beantragung, Gewährung, Rücknahme oder Rückzahlung von Leistungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Verbindung mit dem Zenten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) erforderlichen Verfahrens- und Rechtshandlungen vornehmen kann.

Empfangsbevollmächtigt ist:

Name, Vorname von Elternteil 1 oder Elternteil 2

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil 1

Unterschrift Elternteil 2