

Folgeantrag auf Bewilligung einer Teilhabeassistenz gemäß §§ 99 i.V.m. 112 Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch

| | | |
|--|--|---------------|
| Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Kostenträger: |
| Schule: | | |

Ich beantrage die o. g. Leistung/en als Persönliches Budget.

I. Angaben zur Person des Kindes

| | | | |
|--|--|---|--|
| Name, Vorname: | | Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter <input type="checkbox"/> divers | |
| Straße, Hausnummer: | | | |
| PLZ, Wohnort: | | Telefon: | |
| Geburtsdatum: | | Geburtsort: | |
| Familienstand: | | Aufenthaltsstatus: | |
| Aufenthaltsgenehmigung vom: | | befristet bis: | |
| Staatsangehörigkeit / Personenkreis: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> jüdische/r Emigrant/in | | | |
| Letzter Gewöhnlicher Aufenthaltsort: | | | |
| Kind wohnt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Verwandten <input type="checkbox"/> Pflegefamilie <input type="checkbox"/> Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstige: | | | |
| Wenn Pflegefamilie/Einrichtung zugezogen am/vom: | | | |

II. Vorgeschichte und aktuelle Situation

| | |
|--|---|
| Vater: <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am | Mutter: <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am |
|--|---|

| | |
|---|----------------|
| Name, Vorname: | Name, Vorname: |
| Anschrift: | Anschrift: |
| Telefon: | Telefon: |
| Email: | Email: |
| Die Eltern sind: <input type="checkbox"/> verheiratet – zusammenlebend <input type="checkbox"/> verheiratet – getrennt lebend <input type="checkbox"/> voneinander geschieden <input type="checkbox"/> unverheiratet – zusammenlebend <input type="checkbox"/> unverheiratet – getrennt lebend | |
| Geschwister: <input type="checkbox"/> Keine Anzahl: Geb.daten: | |
| Bei Bedarf: Weitere Bezugsperson/Person des Vertrauens Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail | |

III. Änderungen

| |
|---|
| Seit der Erstantragstellung sind folgende Änderungen eingetreten: |
|---|

IV. Aktuelle ärztliche Unterlagen

Dem Antrag sind folgende aktuelle Unterlagen beigefügt:

- Fachärztliche Gutachten
- Therapeutenberichte
- Berichte der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie
- Pflegegeldbescheid mit Pflegegutachten der Pflegekasse

- Mitteilung der Pflegekasse über die Bewilligung des zusätzlichen Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI
- sonstige Unterlagen (bitte benennen): _____

Falls erforderliche Unterlagen vorab noch nicht vorgelegt werden können, bitten wir um eine Mitteilung der betroffenen Unterlagen und den Grund der Nichtvorlage.

Wir verweisen auf die Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. SGB I. Wird der Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60, 66 SGB I).

Die Unterzeichnenden nehmen hiermit die möglichen Folgen einer fehlenden Mitwirkung zur Kenntnis.

Die Unterzeichnenden versichern, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind. Änderungen der im Antrag gemachten Angaben, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der persönlichen Verhältnisse - werden dem Träger der Eingliederungshilfe unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift (der gesetzl. Vertretung)