

Checkliste einzureichender Unterlagen für einen Antrag auf eine Integrationsmaßnahme in Kindertageseinrichtungen

Antragsunterlagen für Integrationsmaßnahmen

- ✓ Vollständig ausgefüllter Antrag
- ✓ Datenschutzerklärung
- ✓ Aufenthaltserlaubnis bzw. –titel des Kindes *(falls vorliegend)*
- ✓ Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse
- ✓ Stellungnahme der Frühförderstelle
- ✓ Fachärztliche Stellungnahmen, therapeutische Berichte *(bspw. Ergo-, Logo, o. Physiotherapie)*, sonstige Gutachten, Kopien des Vorsorgeheftes „U-Heft“
- ✓ Pflegebescheid mit Pflegegutachten der Pflegekasse *(falls vorliegend)*
- ✓ Feststellungsbescheid über das Vorliegen eines Grades der Behinderung und Schwerbehindertenausweis durch ein Versorgungsamt *(falls vorliegend)*

💡: Falls Sie die Unterlagen nicht kurzfristig einreichen können, teilen Sie uns dies bitte mit.

Bei Fragen stehen die Mitarbeiter*innen der Eingliederungshilfe der Stadt Fulda unter eingliederungshilfe@fulda.de gerne zur Verfügung.

Für die Übersendung der Unterlagen können Sie die Übertragung mit ZendTo nutzen. Dies ist eine datenschutzkonforme Übertragungsmöglichkeit.

Antrag

auf Übernahme der Maßnahmenpauschale für die Integration von Kindern mit Behinderung in Tageseinrichtungen nach § 99 i.V.m. § 113 Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch

☐ **Neuantrag**

☐ **Folgeantrag**

Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden?	☐ Ja ☐ Nein	Kostenträger:
--	--	---------------

I. Personenbezogene Daten

Name, Vorname:		Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ trans/inter ☐ divers
Geburtsdatum:		Geburtsort:
Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet, zusammenlebend ☐ verheiratet, getrennt lebend ☐ geschieden ☐ unverheiratet, zusammenlebend ☐ unverheiratet, getrennt lebend ☐ andere: _____		Staatsangehörigkeit: ☐ deutsch ☐ andere: _____ ☐ jüdische/r Emigrant/in
Aufenthaltsstatus:	Aufenthaltsgenehmigung vom: befristet bis: (Bitte Nachweis in Kopie einreichen!)	
Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):		
Telefon-/Handynummer/E-Mail der Person selbst oder eines Ansprechpartners:		
(Wenn Pflegefamilie/Einrichtung) Zugezogen am: _____ Von (letzter Aufenthalt vor Einzug in Pflegefamilie/Einrichtung):		

Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis

- ☐ Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt.
- ☐ Ein Erstantrag wurde gestellt am _____
- ☐ Ein Neufeststellungsantrag wurde gestellt am _____
- ☐ Der Antrag wurde abgelehnt.
- ☐ Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom _
_____ durch _____ GdB: _____
- ☐ Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden GdB: _____
☐ befristet bis _____ ☐ unbefristet
- ☐ Es liegt eine Gleichstellung vor;
Bescheid vom _____ durch _____

Merkzeichen:

- ☐ H (Hilflosigkeit) ☐ B (Begleitperson) ☐ BI (Blindheit)
- ☐ RF (Rundfunk/Fernsehen) ☐ TBI (Taubblindheit)
- ☐ G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)
- ☐ GI (Gehörlosigkeit) ☐ aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)
- ☐ VB (Versorgungsberechtigt)

Krankenversicherung

Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail

Mitgliedsnummer: _____

- ☐ freiwillig versichert ☐ pflichtversichert ☐ familienversichert
- ☐ privat versichert ☐ beihilfeberechtigt ☐ § 264 SGB V

II. Vorgeschichte und aktuelle Situation

Mutter :	☐ leiblicher Elternteil	Vater:	☐ leiblicher Elternteil
	☐ verstorben am _____		☐ verstorben am _____
☐ sorgeberechtigt ☐ nicht sorgeberechtigt		☐ sorgeberechtigt ☐ nicht sorgeberechtigt	

Name, Anschrift: Telefon-/Handynr., E-Mail:	Name, Anschrift: Telefon-/Handynr., E-Mail:	
Die Eltern sind ☐ verheiratet, zusammenlebend ☐ geschieden ☐ verheiratet, getrennt lebend ☐ verwitwet ☐ unverheiratet, zusammenlebend ☐ unverheiratet, getrennt lebend ☐ andere: _____		
Geschwister: ☐ Keine Anzahl: Geb.daten: _____		
Aktuelle Wohnsituation des Kindes: ☐ allein lebend ☐ im Familienverband ☐ in einer Wohngemeinschaft ☐ in einer Pflegefamilie (Name: _____) ☐ in einer Einrichtung (Name: _____) ☐ sonstiges: _____		
Vorschulische Situation:		
Krippe	Name, Anschrift: 	Von: Bis:
Kindergarten	Name, Anschrift: 	Von: Bis:
Besteht der Bedarf der Integrationsmaßnahme aufgrund eines Unfalls oder einer bestehenden Erkrankung (z.B. Diabetes)? ☐ Ja ☐ Nein		

III. Weitere Angaben

Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

- ☐ keine Einstufung
 ☐ Entlastungsbetrag
☐ Antrag/Höherstufungsantrag wurde gestellt am _____

☐ Antrag/Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am _____	
☐ Eingestuft in Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5, Beginn der Anerkennung: _____	
Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen):	
Elterliche Sorge/Vormundschaft/Pflegschaft Bestellung eines Vormundes/Ergänzungspflegers: ☐ Ja ☐ Nein ☐ eingeleitet (Bitte Kopie der Bestallungsurkunde einreichen!) befristet bis: _____	
Name, Anschrift, Telefon, E-Mail des Vormundes/Ergänzungspflegers:	
Wirkungskreise: ☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Wohnungsangelegenheiten ☐ Vermögenssorge ☐ Sonstige: _____ ☐ Gesundheitsfürsorge ☐ Entgegennahme und Öffnen der Post ☐ Rechts-, Antrags- & Behördenangelegenheiten ☐ Einwilligungsvorbehalt für: _____	
Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1631b BGB ☐ ja, durch Beschluss vom _____ Befristet bis _____ Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen: _____	
Verfügbare Ressourcen Hilfsprodukte/-mittel und Technologien - _____ - _____ - _____	

Bisherige Eingliederungshilfemaßnahmen
(z.B. Frühförderung)

Maßnahme	Zeitraum (von/bis)

Bisher beteiligte Ärzte, Therapeuten, etc.

Maßnahme	Zeitraum (von/bis)

Bei Bedarf: Weitere Bezugsperson/Person des Vertrauens
Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail

IV. Angaben zur Tageseinrichtung

☐ Integrationsplatz in der Kindertagesstätte ☐ Integrationsplatz in der Krippe ☐ Integrationsplatz bei der Kindertagespflege
Name: _____ Anschrift: _____ _____ Telefonnummer: _____
☐ Maßnahmenbeginn: _____ ☐ Verlängerung ab: _____
Tägliche Betreuungszeit des Kindes (bei Krippe: Bitte Kopie des Betreuungsvertrages beifügen): _____
Handelt es sich bei der Tageseinrichtung (nicht Tagespflegeperson) um die im Verhältnis zu Ihrem Wohnort nächstgelegene Tageseinrichtung? ☐ Ja ☐ Nein: Welche Tageseinrichtung ist die nächstgelegene? Aus welchen Gründen kann Ihr Kind diese Tageseinrichtung nicht besuchen? _____

Vorzulegende Unterlagen

- ☐ Fachärztliche Gutachten
- ☐ Therapeutenberichte
- ☐ Berichte der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie
- ☐ Pflegegeldbescheid mit Pflegegutachten der Pflegekasse
- ☐ Schwerbehindertenausweis
- ☐ Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite)
- ☐ Betreuungsvertrag

Bitte nehmen Sie die beigegefügte **Datenschutzerklärung** (Anlage 1) zur Kenntnis und senden diese unterschrieben an uns zurück.

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 gesetzlichen Vertretung)

Magistrat der Stadt Fulda – Postfach 20 52 - 36010 Fulda

Zurück an:
Amt für Jugend, Familie und Senioren
Eingliederungshilfe Stadt Fulda
Heinrich-von-Bibra-Straße 5-9
36037 Fulda

Telefax: 0661/102-2901
E-Mail: eingliederungshilfe@fulda.de
Anschrift: Behördenhaus am Schlossgarten
Heinrich-von-Bibra-Platz 5-9
36037 Fulda

Magistrat der Stadt Fulda
Eingliederungshilfe SGB IX

**Hinweis zu dem Gesamtplanverfahren:
Beratende Teilnahme des örtlichen Jugendhilfeträgers**

Wenn Sie einen Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe gestellt haben, wird von dem Träger der Eingliederungshilfe ein Gesamtplanverfahren (§ 117 SGB IX) durchgeführt.

In dem Gesamtplanverfahren werden Sie beraten und Ihre Wünsche werden dokumentiert. Außerdem wird gemeinsam mit Ihnen der individuelle Bedarf ermittelt und zum Abschluss die Möglichkeit geben, eine bedarfsdeckende Leistung abzustimmen.

Bei minderjährigen Leistungsberechtigten kann der örtliche Träger der Jugendhilfe beratend an dem Gesamtplanverfahren teilnehmen. Eine beratende Teilnahme kann zum Beispiel hilfreich sein, wenn es offene Fragen zur Erziehung des Kindes gibt, wenn eine die Jugendhilfe bereits Unterstützung leistet oder es Fragen zu den Leistungen der Jugendhilfe gibt.

Für die beratende Teilnahme des Trägers der Jugendhilfe muss eine Zustimmung des Personensorgeberechtigten (zum Beispiel der Eltern) vorliegen.

Möchten Sie, dass der örtliche Träger der Jugendhilfe beratend am Gesamtplanverfahren teilnimmt?

- ☐ Ja, bitte beteiligen Sie den örtlichen Träger der Jugendhilfe am Gesamtplanverfahren.
- ☐ Nein, bitte beteiligen Sie den örtlichen Träger der Jugendhilfe nicht am Gesamtplanverfahren.

Wenn Sie möchten, kann auch unabhängig von der Durchführung des Gesamtplanverfahrens eine Beratungsanfrage an den örtlichen Träger der Jugendhilfe weitervermittelt werden.

Wünschen Sie unabhängig von der Durchführung des Gesamtplanverfahrens eine Beratung durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe?

- ☐ Ja, bitte leiten Sie eine Beratungsanfrage an den örtlichen Träger der Jugendhilfe weiter.
- ☐ Nein, ich wünsche keine Beratung durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe.

Bitte senden Sie uns Ihre Rückmeldung zurück an:

Eingliederungshilfe Stadt Fulda
Heinrich-von-Bibra-Platz 5-9
36037 Fulda

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung. Melden Sie sich zur Kontaktaufnahme unter folgenden E-Mail-Adresse: eingliederungshilfe@fulda.de

Zur Vorlage bei dem
Magistrat der Stadt Fulda
Eingliederungshilfe

Datenschutzerklärung für Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX

Angaben zum Kind:

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Angaben des/der Erziehungsberechtigten bzw. der gesetzlichen Vertretung

(ggf. Kopie der Bestallungsurkunde beifügen)

Nachname, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

1. Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgenden Stellen eingeholt werden können:

Behandelnde/r Ärztinnen/Ärzte, Therapeuten, Soziale Dienste, Einrichtungen

1. _____

2. _____

3. _____

☐ Ja ☐ Nein

Andere relevante Stellen (z.B. Kranken- und Pflegeversicherung, Rentenversicherungsträger, Versorgungsamt etc.)

1. _____
2. _____
3. _____

☐ Ja ☐ Nein

2. Zusätzliche Datenerhebung

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen oder sonstigen Unterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den entsprechenden Stellen, Kindertagesstätten, Schulen, Behörden, Einrichtungen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind.

☐ Ja ☐ Nein

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass durch das Gesundheitsamt Daten zur gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden Behinderung und zum Hilfebedarf erhoben und dokumentiert werden.

☐ Ja ☐ Nein

3. Übermittlung der Daten an den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung dem (zukünftig) zuständigen Träger der Eingliederungshilfe übermittelt werden.

☐ Ja ☐ Nein

4. Weitergabe von Daten an Dritte

Die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an weitere Rehabilitationsträger und Sozialleistungsträger, an das Schulamt, an Leistungserbringer, an den zuständigen Verfahrenslotsen im Sinne des § 10b SGB VIII und an ärztliche Gutachter weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

☐ Ja ☐ Nein

5. Mitwirkungspflichten

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie (bzw. Ihre gesetzliche Vertretung) verpflichtet sind,

- alle Tatsachen und Änderungen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind,
- Nachweise vorzulegen (z.B. Kopien von Dokumenten wie (fach-)ärztlichen Berichten, Unterlagen zu Ihrer Einkommens- und Vermögenssituation, etc.),
- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Wenn Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann nicht ordnungsgemäß geprüft werden, ob Sie die Voraussetzungen zum Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe erfüllen. In diesem Fall kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60-67 SGB I).

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen.

☐ Ja ☐ Nein

6. Widerspruchs- und Widerrufsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich der Übermittlung meiner Sozialdaten generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei dem Träger der Eingliederungshilfe widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist davon nicht berührt.

☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person
(bzw. der gesetzlichen Vertretung)