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) ☐ Bl (Blindheit)
☐ RF (Rundfunk/Fernsehen) ☐ TBl (Taubblindheit)
☐ G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)
☐ Gl (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 ☐verstorben am _____ ☐ sorgeberechtigt ☐ nicht sorgeberechtigt	Vater: ☐ leiblicher Elternteil ☐verstorben am _____ ☐ sorgeberechtigt ☐ nicht sorgeberechtigt
Name, Anschrift: Telefon-/Handynr., E-Mail:	Name, Anschrift: Telefon-/Handynr., E-Mail:

Die Eltern sind	☐ verheiratet, zusammenlebend ☐ verheiratet, getrennt lebend ☐ unverheiratet, zusammenlebend ☐ unverheiratet, getrennt lebend ☐ andere: _____	☐ geschieden ☐ verwitwet
Geschwister: Anzahl:	☐ Keine 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:
Hort	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

Art der Beziehung: _____

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

☐ unterschriebene Datenschutz- und Einverständniserklärung

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. Kommen Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach 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).

Auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung weisen wir Sie besonders hin.

Ort, Datum

Unterschrift der **sorgeberechtigten** Elternteile/
des gesetzlichen Vertreters/Vormundes