



Eingang:	Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX) Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche	Aktenzeichen:
-----------------	---	----------------------

Antrag auf folgende Leistung(en):	
Wurde die oben beantragte Leistung bereits von einem anderen Kostenträger bewilligt oder abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja (wann/wo) (Bitte Nachweis beifügen!) <input type="checkbox"/> nein _____ _____
Oder Wurde diese Leistung bereits bei einem anderen Kostenträger beantragt?	<input type="checkbox"/> ja (wann/wo) <input type="checkbox"/> nein _____ _____
Oder Haben Sie bereits in der Vergangenheit andere Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?	<input type="checkbox"/> ja (wann/wo/welche Leistung - wenn möglich, bitte Nachweis beifügen!) <input type="checkbox"/> nein _____ _____

**Persönliche Angaben
der Antragstellerin/des Antragstellers (der/des Minderjährigen)**

Familienname	
Vorname	
Ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum und Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (Bitte Abschnitt „für ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen!)
Anschrift/PLZ/Wohnort	_____ _____
Haben Sie sich in den zwei Monaten vor der Antragstellung unter der oben genannten Adresse aufgehalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, unter folgender Anschrift: _____ _____
Steueridentifikationsnummer	

Persönliche Angaben zu den Eltern/Betreuungspersonen

	Elternteil 1/Betreuungsperson:	Elternteil 2/Betreuungsperson:
Familienname		
Ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (Bitte Abschnitt „für ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen!)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (Bitte Abschnitt „für ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen!)
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / verpartnert <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / verpartnert <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____
Anschrift/PLZ/Ort (wenn abweichend vom Kind/Jugendlichen)		
Sorgeberechtigt? Wenn Eltern nicht zusammen sorgeberechtigt: Bitte Nachweis beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefonnummer (freiwillig)	_____	_____
E-Mail (freiwillig)	_____	_____

Angaben zu sonstigen Personensorgeberechtigten (nur auszufüllen, wenn Eltern nicht sorgeberechtigt sind)

Besteht eine Amtsvormundschaft oder eine Amtspflegschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(Bitte Nachweis beifügen!)
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefonnummer und E-Mail (freiwillig)		

Für ausländische Staatsangehörige

Welche Staatsangehörigkeit/en hat das Kind bzw. die/der Jugendliche?

Wie ist der aufenthaltsrechtliche Status des Kindes/Jugendlichen und der Eltern?
(z.B. Aufenthaltsgenehmigung, Duldung, Niederlassungserlaubnis, Freizügigkeitsbescheinigung)

(Bitte Nachweise der Staatsangehörigkeit/en und des Aufenthaltsstatus (z.B. Passkopie mit der Aufenthaltserlaubnis/Duldung) beifügen!)

Wann/Warum sind Sie nach Deutschland eingereist?

Datum der Einreise (ggf. der Eltern):

Grund der Einreise (ggf. der Eltern):

Wurde aufgrund einer Einladung durch jemanden gebürgt? Familienname, Vorname der/des Bürgenden

Anschrift/PLZ/Wohnort

Kranken- und Pflegeversicherung des Kindes/Jugendlichen

Wo ist das Kind bzw. die/der Jugendliche kranken- und pflegeversichert?

(Bitte auch Versicherungsnummer angeben!)

Wie ist das Kind bzw. die/der Jugendliche kranken- und pflegeversichert?

- pflichtversichert
 freiwillig
 privat
 familienversichert über _____
 Zusatzversicherung bei _____

Ist das Kind bzw. die/der Jugendliche im Krankheitsfall beihilfeberechtigt?

- ja, bei _____
 Beihilfeberechtigte/-r: _____
 nein

Pflegegrad vorhanden?

- ja, Pflegegrad _____
 wurde beantragt am _____
 nein (Bitte Nachweis beifügen!)

Angaben zur Behinderung des Kindes/Jugendlichen

Art der Behinderung
(Welche Umstände und Tatsachen machen nach Ihrer Auffassung eine Leistungsgewährung erforderlich?)

(wenn möglich, bitte aktuelle ärztliche Unterlagen vorlegen!)

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung von _____ % (Bitte Nachweis beifügen!) mit folgenden Merkmalen: _____ <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> nein (Bitte Bescheid bei Erhalt vorlegen!)
Ursache der Behinderung	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Dritte <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe: _____
Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ €/monatlich bzw. Abfindung von _____ € (Bitte Nachweis beifügen!) gegen (Name, Anschrift, Aktenzeichen): _____ _____ _____
Werden derzeit vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht? (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis beifügen!) gegen (Name, Anschrift, Aktenzeichen): _____ _____ <input type="checkbox"/> nein _____

Erklärung über die wirtschaftlichen Verhältnisse

Für folgende Leistungen im Sinne des § 138 Abs. 1 SGB IX müssen Sie keine Angaben zum Einkommen und/oder Vermögen machen:

1. Heilpädagogische Leistungen nach § 113 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX
2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 109 SGB IX
3. Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX
4. Leistungen zur schulischen Ausbildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX, soweit diese Leistungen in besonderen Ausbildungsstätten über Tag und Nacht für Menschen mit Behinderungen erbracht werden
5. Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 113 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX, soweit diese der Vorbereitung auf die Teilhabe am Arbeitsleben nach § 111 Abs. 1 SGB IX dienen
6. Leistungen zur Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft vor Einschulung nach § 113 Abs. 1 SGB IX
7. gleichzeitiger Gewährung von Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Zweiten oder Zwölften Buch oder nach § 27a des Bundesversorgungsgesetzes.

Hinweis:

Zu den Leistungen des § 138 Absatz Nr. 1, 4 und 6 ist nach Maßgabe des § 142 ein Aufwendungsbeitrag in Höhe der häuslichen Ersparnis aufzubringen.

Bitte füllen Sie die (beigefügte) Anlage zum Einkommen und Vermögen aus, wenn Sie weitere als die unter den Nummern 1 bis 6 aufgezählten Leistungen erhalten möchten. Ansonsten können Sie auf der letzten Seite mit der abschließenden Erklärung fortfahren.

Erklärung: Ich/wir versichere/n, dass die in dem vorstehenden Antrag gemachten Angaben in allen Punkten der Wahrheit entsprechen.

Mir/uns ist bekannt, dass falsche Angaben sowie das Verschweigen von Änderungen in den Familienverhältnissen oder das Verschweigen irgendeines Einkommens oder Vermögens, auch von Familienangehörigen, die sofortige Entziehung der Eingliederungshilfe, die Rückzahlung der zu Unrecht bezogenen Leistungen und die Strafverfolgung wegen Betrug bzw. Betrugsversuches zur Folge haben kann.

Ich weiß/wir wissen, dass nach § 60 Sozialgesetzbuch, Allgemeiner Teil (SGB I), jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unaufgefordert und unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe mitgeteilt werden muss, solange Eingliederungshilfe gezahlt wird. Ebenso besteht die Verpflichtung, Wohnungswechsel dem Träger der Eingliederungshilfe, soweit möglich, vorher zu melden

Ort, Datum

Unterschrift/en (von allen Sorgeberechtigten)