



Basisdaten – Kinder und Jugendliche

bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

Bogen A KJ

Anlage zum Antrag auf Eingliederungshilfe

Name, Vorname:

Inhaber der elterlichen Sorge/Personensorge

Kindesmutter

Kindesvater

beide Elternteile

Vormundschaft / Pflegschaft

Beschluss vom

, Az.:

(bitte Nachweis beifügen)

ggf. Art der Sorgerechtsübertragung

Vormundschaft

Vermögenspflegschaft

Art der Pflegschaft:

Name, Vorname

Anschrift

Telefonnummer

Mobil

E-Mail

Bisherige Unterstützung

Inanspruchnahme

- Namen, Ansprechpartner, Telefon, E-Mail
- Leistungsumfang und -dauer

Heilpädagogische Unterstützung / Förderung vorschulischer Bereich

Unterstützung / Förderung schulischer Bereich

Therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie usw.)

Psychologische Unterstützung

Verfügbare und aktivierbare Ressourcen einschl. Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger

- Namen, Ansprechpartner, Telefon, E-Mail
- Leistungsumfang und -dauer

Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)

Sozialraum

Sozialberatung

Schuldnerberatung

Name, Vorname _____ Az. _____

<input type="checkbox"/>	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)	
<input type="checkbox"/>	Sozialpsychiatrischer Dienst	
<input type="checkbox"/>	Suchtberatung	
<input type="checkbox"/>	Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Häusliche Krankenpflege (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Berufliche und medizinische Rehabilitation (SGB VI)	
<input type="checkbox"/>	Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik	
<input type="checkbox"/>	Institutsambulanz (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Soziotherapie (SGB V)	
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)	
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (KOF/KOV)	
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen (SGBXII)	



Basisdaten – Kinder und Jugendliche

bis zur Vollendung 18. Lebensjahres

Bogen A KJ

Name, Vorname _____ Az. _____

Bezugspersonen, Person des Vertrauens		
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefonnummer	Mobil	E-Mail
Art der Beziehung		
Datum, Unterschrift		