

Landkreis Ammerland
Sozialamt
Ammerlandallee 12
26655 Westerstede

Anschrift des Anbieters

Antrag auf Eingliederungshilfe

Frühförderung gemäß §§ 54 und 92 Abs. 2 Nr. 1 SGB XII in Verbindung mit §§ 76 Abs. 2 Nr. 3 und 79 SGB IX

Antragsteller (Kind)	
Name, Vorname	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m
Geburtstag und -ort	
Steuer-ID-Nummer	
Anschrift	
Staatsangehörigkeit	
Ist das Kind innerhalb der letzten 4 Wochen zugezogen?	woher?
Leistungen vom Sozialamt? Welche? Als Ausländer: Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?	
Krankenkasse	

<input type="checkbox"/> Mutter/	<input type="checkbox"/> Vater/
<input type="checkbox"/> Pflegemutter *	<input type="checkbox"/> Pflegevater *
Name, Vorname	
Geburtstag und -ort	
Anschrift	
Telefon-Nr.	
Familienstand	

* bei Pflegekindern bitte zusätzliche Angaben machen über die leiblichen Eltern, vorherigen Aufenthaltsort des Kindes, Datum der Aufnahme in die Pflegefamilie und zuständiges Jugendamt

Geschwister/Name	Geburtstag
1.	
2.	
3.	

Behandelnder Arzt
Name
Anschrift
Telefon-Nr.

Diagnose/Art der (drohenden) Behinderung/Antragsbegründung

! Steht die Behinderung/drohende Behinderung ursächlich im Zusammenhang mit einem schuldhaften Verhalten Dritter (z. B. Behandlungsfehler eines Arztes/einer Hebamme, Unfall, Gewalteinwirkung) und bestehen deshalb evtl. Schadensersatzansprüche?

nein ja, nämlich: _____

Wenn ja, bitte den Namen der Versicherung und Versicherungsnummer angeben.

Ich/Wir beantrage/n hiermit für das o. g. Kind die weitere Übernahme der Kosten für die heilpädagogische Maßnahme (Frühförderung) und bitte/n um Prüfung der Kostenübernahme. Ich/Wir bin/sind gem. § 69 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB X) damit einverstanden, dass der Landkreis Ammerland, Sozialamt, von dem o.g. Anbieter alle Unterlagen erhält, die für die Entscheidung über den Antrag der Frühförderung benötigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten