

An den

**Landkreis Ammerland
-Sozialamt-
Ammerlandallee 12
26655 Westerstede**

**Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe
in Form von teilstationärer Eingliederungshilfe
für behinderte/von Behinderung bedrohte Menschen
nach §§ 53, 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII in Ver-
bindung mit § 55 SGB IX**

- Integrationskindergarten
- Integrationskrippe
- Heilpädagogischer Kindergarten
- Sprachheilkindergarten
- Tagesbildungsstätte
- Hort

Name und Anschrift des Kindergartens/der Einrichtung

Betreuung ab

Erstantrag Folgeantrag

1. Angaben zum Kind:

Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht
Steuer-ID-Nummer		Staatsangehörigkeit		
Plz, Wohnort		Straße, Hausnummer		
zugezogen am	von			Telefon

Krankenversicherung

Name, Anschrift, Tel., Fax, E-Mail

familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert
 privat versichert beihilfeberechtigt § 264 SGB V

2. Angaben zu den Eltern/Betreuungspersonen:

Eltern/Betreuungsperson	Mutter	Vater	Pflegeeltern/Vormund o.ä. *
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße, Nr., PLZ, Wohnort			
Arbeitgeber			
Familienstand			
Staatsangehörigkeit			

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

sonstige Kinder im Haushalt	1	2	3
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			

3. Wohn- und Lebensverhältnisse in der Vergangenheit	
Jahr	Wohn-/ Lebenssituation

4. Vorschulische / Schulische Situation			
	Name, Anschrift	von	bis
Krippe			
Kindergarten			
Hort			
Schule			

5. Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis			
<input type="radio"/>	ist beantragt		
<input type="radio"/>	wurde abgelehnt		
<input type="radio"/>	ist ausgestellt bis:	GdB:	Merkzeichen:
<input type="radio"/>	Gleichstellung		

6. Pflegegrad nach dem SGB XI
<input type="radio"/> keine Einstufung
<input type="radio"/> Antrag ist gestellt am:
<input type="radio"/> Eingestuft in Pflegegrad:

7. Weitere Angaben:
Antragsbegründung / Art der bestehenden/drohenden Behinderung Kurze Schilderung:

Ansprüche gegen Dritte: Bestehen wegen der Behinderung Schadensersatzansprüche (z.B. wenn die Behinderung aufgrund eines Unfalles oder Behandlungsfehler eines Arztes/einer Hebamme eingetreten ist)? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, bitte den Namen der Versicherung und die Versicherungsnummer angeben.

Bestehen Ansprüche auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?

ja nein

Mittagsverpflegung in der Einrichtung:

Durch den Aufenthalt Ihres Kindes in der aufnehmenden Einrichtung sparen Sie Aufwendungen für den häuslichen Lebensunterhalt ein. Ich weise darauf hin, dass Sie in Höhe dieser Einsparungen einen Kostenbeitrag zu leisten haben.

In der aufnehmenden Einrichtung (KiGa/Tagesbildungsstätte) wird ein Mittagstisch gereicht

nein ja

Mein Kind wird am Mittagstisch der Einrichtung teilnehmen

nein ja an _____ Tagen der Woche
Anzahl der Tage eintragen

Haben Sie einen Anspruch auf laufende Leistungen (z. B. SGB II-Leistungen vom Jobcenter, Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII, Wohngeld oder Kinderzuschlag)?

Bitte legen Sie unbedingt den aktuellen Leistungsnachweis/Bewilligungsbescheid vor. Hiernach bemisst sich die Höhe des von Ihnen zu leistenden Kostenbeitrages für die häusliche Ersparnis.

Wie lautet Ihre Bankverbindung?

(Diese Angaben werden evtl. für spätere Kostenbeitragsersstattungen benötigt.)

IBAN

Name des Kreditinstitutes

Kontoinhaber

Mitwirkungspflicht

Auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch - SGB I) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Klinikaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger (z.B. Sozialamt) mitzuteilen habe.

Kostenbeitrag

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich einen Kostenbeitrag im Rahmen der häuslichen Ersparnis zu zahlen habe sobald mein Kind an der Gemeinschaftsverpflegung der Einrichtung teilnimmt.

Datenschutz

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die zur Zahlbarmachung der Sozialhilfe erforderlichen persönlichen Daten unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Datenschutzgesetze erfasst, gespeichert und bearbeitet werden.

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Hinweis: Bei Schulpflichtigen den Schulrückstellungsbescheid von der Schule beifügen!