

LANDKREIS CLOPPENBURG
DER LANDRAT



Landkreis Cloppenburg
50 - Sozialamt
50.4 Eingliederungshilfe
Eschstraße 29
49661 Cloppenburg

Für interne Vermerke:
Az: 50.4/412 -

Eingang:

Antrag auf Eingliederungshilfe für die Übernahme der Kosten für eine Integrationshilfe für den allgemeinen Schulbesuch

nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)
- Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen -

Nachfragende Person (Kind)

Name:		Vorname:	
Adresse:		Telefonnummer:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Wohnverhältnisse: <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei:	
Krankenversicherungsschutz besteht bei (Name und Adresse):			
Seit wann leben Sie im Bereich des Landkreises Cloppenburg (bitte möglichst genau das Datum angeben) bzw. bei Zuzug, wo Sie vorher gewohnt haben und wie lange? Seit _____ im Landkreis Cloppenburg Vorher			

Angehörige (die mit der nachfragenden Person im selben Haushalt leben)

	Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Familienstand
Mutter				
Vater				
Geschwister				
Geschwister				
Geschwister				

Weitere Familienangehörige bitte auf einem gesonderten Blatt erfassen

Mein/Unser Kind soll die nachfolgende Schule besuchen:

Schule		
Adresse		
Schulbeginn		
Telefonnummer		
Anmeldung	<input type="checkbox"/> ist bereits erfolgt	<input type="checkbox"/> ist noch nicht erfolgt

Mein/Unser Kind benötigt während des Schulbesuchs bzw. bei der Beförderung dorthin nachstehende konkrete Unterstützung durch eine Integrationshilfe:

Pflegebedürftigkeit

Wurde durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bereits ein Gutachten zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit Ihres Kindes erstellt?

- nein ja, folgender Pflegegrad wurde zuerkannt:
- kein Pflegegrad Pflegegrad 1 Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

→ **Aktuellen Bescheid über den Pflegegrad beifügen!**

Wurde wegen Veränderung des Gesundheitszustandes Ihres Kindes die Neueinstufung in einen anderen Pflegegrad beantragt?

- nein ja

Schwerbehindertenausweis

<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor, wurde aber beantragt am:	_____
<input type="checkbox"/> liegt vor:		
Gültig bis	_____	
Grad der Behinderung	_____	
Merkzeichen	_____	

Ist die Behinderung auf ein schädigendes Ereignis zurückzuführen?

nein ja, nämlich:

Ist Ihrer Kenntnis nach ein Verschulden Dritter gegeben?

nein ja, nämlich:

Ist dieses Verschulden anerkannt oder gerichtlich festgestellt worden?

nein ja, durch:

Sind aufgrund dieses Verschulden Ansprüche geltend gemacht worden?

nein ja:

Wurden oder werden aufgrund dieser Ansprüche Zahlungen geleistet?

nein ja, seit _____ (ggf. bis) _____

in Höhe von _____

Soweit Ihnen Arztberichte, Berichte der Schule, Gutachten o. Ä. vorliegen, welche dem Träger der Eingliederungshilfe bzw. dem Gesundheitsamt noch nicht bekannt sind, für diesen Antrag aber erheblich sein können, fügen Sie diese bitte in Kopie (oder deutlich als Original gekennzeichnet) bei.

Mir/Uns liegen keine solchen Unterlagen vor.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir gem. §§ 60 ff Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unaufgefordert und unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe mitteilen muss. Ebenso bin/sind ich/wir verpflichtet, jeden Wohnungswechsel dem Träger der Eingliederungshilfe, soweit möglich, vorher zu melden.

Ort, Datum	Unterschrift der Eltern/eines Elternteils
------------	---

Absender:

Name	_____
Vorname	_____
Adresse	_____
Telefonnummer	_____

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass sich der Landkreis Cloppenburg im Rahmen des Antrages auf Kostenübernahme für einen Integrationshelfer für mein/unser Kind

_____ ,geboren am _____

mit der aufnehmenden Schule in Verbindung setzt und hinsichtlich des Förderbedarfs eine inhaltliche Abklärung erfolgt.

Die aufnehmende Schule ist:

Schule	_____
Adresse	_____
Ansprechpartner/-in	_____
Telefonnummer	_____

Ort, Datum	Unterschrift der Eltern/eines Elternteils
------------	---