

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

Beantragte Hilfeart

<input type="checkbox"/> Frühförderung	<input type="checkbox"/> Sprachheilkindergarten	<input type="checkbox"/> Stationäres Sprachheilzentrum
<input type="checkbox"/> Heilpädagogischer Kindergarten	<input type="checkbox"/> Integrative Gruppe/Einzelintegration ab ____	
<input type="checkbox"/> Förderschule – Schwerpunkt körperliche Entwicklung	<input type="checkbox"/> Tagesbildungsstätte	

Leistungserbringer (der beantragten Hilfe)

Name der Einrichtung:
Adresse:

Nachfragende Person (Kind)

Name:		Vorname:	
Adresse:		Telefonnummer:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Geschlecht:	Wohnverhältnisse:		
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei:		
Krankenversicherungsschutz besteht bei (Name und Adresse):			

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

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

Weitere Familienangehörige bitte auf einem gesonderten Blatt erfassen

Ist nach Ihrer Kenntnis oder Auffassung die Behinderung Ihres Kindes auf das Verschulden Dritter zurückzuführen und hat es aus diesem Grunde evtl. Ansprüche gegen Dritte, z. B. aus einem Unfall, nach dem Opferentschädigungsgesetz, nach dem Bundesseuchengesetz (z. B. bei Impfschäden) oder aus einem anderen Rechtsgrund? (Bitte diese Ansprüche auch dann angeben, wenn die Leistungen hieraus bereits in früherer Zeit erfolgt sind!)

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 _____

Wird Ihr Kind am Mittagessen teilnehmen (sofern dieses angeboten wird)?

Ja, ab Aufnahme Ja, ab _____ Nein

Durch den Aufenthalt Ihres Kindes in der vorgenannten Einrichtungen sparen Sie Aufwendungen für den häuslichen Lebensunterhalt ein, da Ihr Kind dort an der Verpflegung teilnimmt. Ich weise darauf hin, dass Sie in Höhe dieser Einsparungen einen Kostenbeitrag zu leisten haben.

Haben Sie einen Anspruch auf Leistungen zur Bildung und Teilhabe (SGB II-Leistungen vom Jobcenter, Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII, Wohngeld oder Kinderzuschlag)?

Nein Ja, folgende Leistungen: _____

Bitte legen Sie unbedingt den aktuellen Leistungsnachweis vor. Sofern Sie eine dieser Leistungen erhalten, sind Sie von dem Kostenbeitrag für das Mittagessen befreit. Die Befreiung gilt nur bei Vorlage des aktuellen Leistungsbescheides.

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

Hinweis:
Wird Ihr Kind im Sommer dieses Jahres bereits schulpflichtig, ist der Bescheid der zuständigen Grundschule/Landesschulbehörde über die Zurückstellung bzw. Einschulung diesem Antrag beizulegen. Dies ist für die Prüfung Ihres Antrages Voraussetzung.