

Landkreis Diepholz

Fachdienst Soziales
Eingliederungshilfe
Niedersachsenstr. 2
49356 Diepholz

Eingangsdatum

Az:5070

Antrag auf Eingliederungshilfe

Welche Maßnahme stellen Sie sich für das Kind vor?

ab dem _____ zum nächstmöglichen Zeitpunkt

A) Persönliche Verhältnisse des Kindes für das der Antrag gestellt wird:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Geburtsort: _____

Wohnort, Straße, Nr.: _____

Telefon- Nr.: _____

Email-Adresse: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnehmer: _____

Anschrift: _____

Versicherungsnummer: _____

B) Erhält das Kind bereits Leistungen der Eingliederungshilfe?

(z.B. Frühförderung; integrative Kindergartenbetreuung)

 Ja Nein

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Wenn „Ja“: Welche?

C) Weitere im Haushalt lebende Personen (Eltern/Geschwister usw.) :

	1	2	3	4
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsberechtigten Person				
Sorgeberechtigt für das leistungsberechtigte Kind (bitte „ja“ oder „nein“ eintragen)				

	5	6	7	8
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsberechtigten Person				
Sorgeberechtigt für das leistungsberechtigte Kind (bitte „ja“ oder „nein“ eintragen)				

D) Sorgeberechtigte Person außerhalb des Haushaltes Amtsvormund _____

Name: _____

Anschrift: _____

E) Handelt es sich um ein Pflegekind?

Ja Nein (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Wenn „Ja“: Wo hat das Kind vor Aufnahme in die Pflegefamilie gelebt?

Name: _____

Anschrift: _____

F) Ist die Behinderung auf Grund eines Fremdverschuldens eingetreten?

Ja Nein (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Wenn „Ja“: Gibt es einen Schadensersatzanspruch?

Ja Nein (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Wenn „Ja“: Aus welcher Versicherung?

Name: _____

Anschrift: _____

Vers.-Nr.: _____

Wenn „Nein“: Warum nicht?

G) Beziehen Sie Leistungen nach dem SGB II, aus Bildung und Teilhabe oder nach dem Wohngeldgesetz

Ja Nein (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Aktenzeichen: _____

Bitte Kopie des Bescheides beifügen

H) Erhalten Sie Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?

Ja Nein

Wenn „Ja“: Seit wann? _____

Ich versichere/ Wir versichern hiermit, dass vorstehende Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ich bin mit der Weiterleitung meines Antrages und ergänzenden Unterlagen an den Fachdienst Gesundheitsamt einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en) des/der Sorgeberechtigten