

An

Absender

Hanse-und Universitätsstadt Rostock
SG Eingliederungshilfe für Minderjährige
St.- Georg- Str. 109 / Haus II
18055 Rostock

Antrag auf Gewährung einer Eingliederungshilfe gemäß § 99 i.V.m. § 102 SGB IX

Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Minderjährige mit Behinderung, die wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind (wesentliche Behinderung) oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind. Menschen mit Behinderung sind Menschen mit körperlichen, geistigen, seelischen und/oder Sinnenbeeinträchtigungen.

Das Amt für Soziales und Teilhabe der Hanse- und Universitätsstadt Rostock weist darauf hin, dass sich kein Rechtsanspruch für die Gewährung einer Einzelleistung im Sozialgesetzbuch IX ergibt. Gem. § 116 Abs. 2 wird das Erbringen einer gemeinschaftlichen Leistung (Pooling) benannt.

Hinweis:

Um Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erhalten zu können, muss ein Antrag gestellt werden. Um die schnellstmögliche Bearbeitung Ihres Antrages zu ermöglichen, bitten wir Sie um sorgfältige und vollständige Angaben. Bitte streichen Sie nichtzutreffende Felder bzw. antworten Sie dann mit „Nein“.

Erhält das minderjährige Kind sogenannte Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 3,3a AsylbLG), besteht kein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX. Wenden Sie sich an Ihre Leistungssachbearbeitung für das AsylbLG.

1. Persönliche Angaben des minderjährigen Kindes			
Name Ggf. Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		
Staatsangehörigkeit		Aufenthaltsstatus (-titel)	☐ ja ☐ nein
	Wichtig: Sofern Sie keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, fügen Sie bitte einen Nachweis zu Ihrem Aufenthaltsstatus bei.		
Adresse (Straße, PLZ, Ort)			

Schwerbehindertenausweis (oder diesem gleichgestellte Dokumente)	☐ liegt vor ☐ liegt nicht vor ☐ wurde bereits beantragt ☐ wird noch beantragt		
	Wichtig: Sofern ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ist, reichen Sie bitte eine beidseitige Kopie ein. Sofern Ihnen der Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes vorliegt, bitten wir Sie, diesen ebenfalls vollständig in Kopie einzureichen.		
Grad der Behinderung	GdB	Merkzeichen	☐ G ☐ aG ☐ B ☐ H ☐ RF ☐ Bl ☐ Gl ☐ TBl ☐ HS
Angaben zur Behinderung, wenn bekannt (Mehrfachnennungen sind möglich)	☐ geistige Behinderung ☐ körperliche Behinderung ☐ seelische Behinderung ☐ Suchterkrankung ☐ Sinnesbehinderung → Art: _____ ☐ von Behinderung bedroht → Art: _____		
	Art der Beeinträchtigung / medizinische Diagnosen		
	Wichtig: Sofern Ihnen ärztliche Unterlagen zur Beeinträchtigung vorliegen, fügen Sie diese bitte in Kopie bei. Bitte füllen Sie auch den Vordruck zur Schweigepflichtentbindung aus und reichen Sie diesen unterschrieben ein.		
Haben Sie in den letzten sechs Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe für das minderjährige Kind bezogen?	☐ nein		
	☐ ja Wenn ja, bitte letzten Bescheid beifügen	Art	Bewilligende Stelle / Behörde / Amt (mit Ort)

Name der Krankenkasse / ggf. Beihilfestelle														
Anschrift der Krankenkasse / ggf. Beihilfestelle														
Versichertennummer														
Familienversichert über	☐ Mutter ☐ Vater													
Angaben zur Pflegebedürftigkeit	☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5 seit: _____ ☐ Pflegegrad wurde am _____ beantragt ☐ Pflegegrad wurde nicht beantragt ☐ Pflegegrad wurde abgelehnt Wichtig: Bitte fügen Sie, sofern vorhanden, den Bescheid der Pflegekasse (Bewilligung oder Ablehnung) und das vollständige Gutachten des Medizinischen Dienstes in Kopie bei.													
Ursache für die vorliegende Behinderung	☐ Unfall ☐ Behandlungsfehler ☐ Impfschaden ☐ Verletzung durch eine andere Person ☐ Ich weiß es nicht ☐ sonstiges: _____													
2. Aufenthaltsverhältnis des minderjährigen Kindes														
Aktuelle Wohnsituation	☐ Familienwohnen (z.B. bei Elternteil und/oder Geschwistern) ☐ Pflegefamilie ☐ Stationäre Unterbringung (bspw. Wohngemeinschaft, besondere Wohnform) ☐ sonstiges: _____													
Aufenthalte in den letzten 6 Monaten vor Antragstellung (Wohnsitze, Krankenhaus-, Pflegekinderheim- und JVA-Aufenthalte, o. Ä.); wenn vorhanden eintragen.	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">von</td> <td style="text-align: center;">bis</td> <td style="text-align: center;">Straße, PLZ, Ort</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>		von	bis	Straße, PLZ, Ort	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
von	bis	Straße, PLZ, Ort												
_____	_____	_____												
_____	_____	_____												
_____	_____	_____												
3. Angaben der Sorgeberechtigten des minderjährigen Kindes														
	Elternteil 1/ gesetzlicher Vertreter	Elternteil 2/ gesetzlicher Vertreter												
Name														
Vorname														
Geburtsdatum ggf. Todesdatum														

Adresse (Straße, PLZ, Ort)		
Telefonnummer (unter der tagsüber erreichbar)		
E-Mail Adresse (freiwillige Angabe)		
Familienstand		
Ihre Erreichbarkeit (Uhrzeit)		
Staatsangehörigkeit		
Sorgerecht	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wichtig: Reichen Sie einen Nachweis über die alleinige Sorge in Kopie (Negativattest aus dem Sorgerechtsregister) ein.		
Andere Sorgeberechtigte oder Bezugspersonen (bspw. Amtsvormund, Pflegeeltern)		
Anschrift und Kontaktdaten		
Aufgaben- und Wirkungskreis		
Wichtig: Bitte Kopie der Bestallungsurkunde und/ oder des Sorgerechtsbeschlusses beifügen.		
4. Beantragte Leistung		
Welche Leistung möchten Sie beantragen (wenn bekannt)?	☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ☐ Leistungen zur Teilhabe an Bildung ☐ Leistungen zur sozialen Teilhabe ☐ unbekannt	
nähere Angaben zur Art der beantragten Leistung (falls möglich)		

Wo soll die Leistung erbracht werden?	☐ Kindertagesstätte ☐ Hort ☐ Schule ☐ Einrichtung über Tag und Nacht für Minderjährige ☐ _____ Name der Einrichtung: _____
Wer soll die Leistung erbringen (Name des Leistungserbringers sofern bekannt)?	_____ _____ _____ _____
Wurde die Leistung früher bereits beantragt (bspw. bei der Krankenkasse oder einem Träger der Eingliederungshilfe an einem anderen Ort)?	☐ nein ☐ ja, bereits beantragt bei: _____ Beantragt am: _____ Grund der erneuten Antragstellung: _____ _____ _____ Wichtig: Bitte eine Kopie des Briefwechsels (ggf. Ablehnungsbescheid) beifügen.
Begründung/Unterstützungsbedarf (ggf. gesondertes Blatt nutzen)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Erklärung:

Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir jede Änderung der persönlichen Verhältnisse, insbesondere der Aufenthaltsverhältnisse meines/unseres Kindes/ Jugendlichen/ Mündels werde(n) ich/ wir unaufgefordert der aufnehmenden Stelle mitteilen.

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre(n) ich/wir, dass ich/wir die Gewährung der Eingliederungshilfe für mein/unser Kind/Jugendlicher/ Mündel beantragen und unserer Mitwirkungspflicht gem. § 66 SGB I nachkommen.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/Sorgeberechtigter/gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/ Sorgeberechtigter /gesetzlicher Vertreter