

Antrag
auf Übernahme der Maßnahmenpauschale für die Integration
von Kindern mit Behinderung in Tageseinrichtungen nach
§ 99 i.V.m. § 113 Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch

Neuantrag

Folgeantrag

| | | |
|--|--|---------------|
| Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Kostenträger: |
|--|--|---------------|

I. Personenbezogene Daten

| | | | |
|---|--|---|--|
| Name, Vorname: | | Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter <input type="checkbox"/> divers | |
| Geburtsdatum: | | Geburtsort: | |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet, zusammenlebend <input type="checkbox"/> verheiratet, getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> unverheiratet, zusammenlebend <input type="checkbox"/> unverheiratet, getrennt lebend <input type="checkbox"/> andere: _____ | | Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> jüdische/r Emigrant/in | |
| Aufenthaltsstatus: | | Aufenthaltsgenehmigung vom: befristet bis: (Bitte Nachweis in Kopie einreichen!) | |
| Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort): | | | |
| Telefon-/Handynummer/E-Mail der Person selbst oder eines Ansprechpartners: | | | |
| (Wenn Pflegefamilie/Einrichtung) Zugezogen am: _____ Von (letzter Aufenthalt vor Einzug in Pflegefamilie/Einrichtung): | | | |

Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis

- Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt.
- Ein Erstantrag wurde gestellt am _____
- Ein Neufeststellungsantrag wurde gestellt am _____
- Der Antrag wurde abgelehnt.
- Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom _
_____ durch _____ GdB: _____
- Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden GdB: _____
 befristet bis _____ unbefristet
- Es liegt eine Gleichstellung vor;
Bescheid vom _____ durch _____

Merkzeichen:

- H (Hilflosigkeit) B (Begleitperson) BI (Blindheit)
- RF (Rundfunk/Fernsehen) TBI (Taubblindheit)
- G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)
- GI (Gehörlosigkeit) aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)
- VB (Versorgungsberechtigt)

Krankenversicherung

Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail

Mitgliedsnummer: _____

- freiwillig versichert pflichtversichert familienversichert
- privat versichert beihilfeberechtigt § 264 SGB V

II. Vorgeschichte und aktuelle Situation

| | |
|--|---|
| Mutter: <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> verstorben am _____ | Vater: <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> verstorben am _____ |
| <input type="checkbox"/> sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> nicht sorgeberechtigt | <input type="checkbox"/> sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> nicht sorgeberechtigt |

| | | | |
|---|----------------------------|------|------|
| Name, Anschrift: | Name, Anschrift: | | |
| Telefon-/Handynr., E-Mail: | Telefon-/Handynr., E-Mail: | | |
| Die Eltern sind <input type="checkbox"/> verheiratet, zusammenlebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet, getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> unverheiratet, zusammenlebend <input type="checkbox"/> unverheiratet, getrennt lebend <input type="checkbox"/> andere: _____ | | | |
| Geschwister: <input type="checkbox"/> Keine Anzahl: Geb.daten: _____ | | | |
| Aktuelle Wohnsituation des Kindes: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie (Name: _____) <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung (Name: _____) <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | | | |
| Vorschulische Situation: | | | |
| Krippe | Name, Anschrift: | Von: | Bis: |
| | | | |
| Kindergarten | Name, Anschrift: | Von: | Bis: |
| | | | |
| Besteht der Bedarf der Integrationsmaßnahme aufgrund eines Unfalls oder einer bestehenden Erkrankung (z.B. Diabetes)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | |

III. Weitere Angaben

| |
|---|
| Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) <input type="checkbox"/> keine Einstufung <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde gestellt am _____ <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am _____ <input type="checkbox"/> Eingestuft in Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5, Beginn der Anerkennung: _____ |
|---|

Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen):

Elterliche Sorge/Vormundschaft/Pflegschaft
 Bestellung eines Vormundes/Ergänzungspflegers: Ja Nein eingeleitet
(Bitte Kopie der Bestallungsurkunde einreichen!) befristet bis: _____

Name, Anschrift, Telefon, E-Mail des Vormundes/Ergänzungspflegers:

Wirkungskreise:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung | <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten | <input type="checkbox"/> Entgegennahme und Öffnen der Post |
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge | <input type="checkbox"/> Rechts-, Antrags- & Behördenangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt für: _____ |

Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1631b BGB
 ja, durch Beschluss vom _____
 Befristet bis _____
 Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen: _____

Verfügbare Ressourcen
 Hilfsprodukte/-mittel und Technologien

- _____
- _____
- _____

Bisherige Eingliederungshilfemaßnahmen
 (z.B. Frühförderung)

| Maßnahme | Zeitraum (von/bis) |
|----------|--------------------|
| | |
| | |
| | |

Bisher beteiligte Ärzte, Therapeuten, etc.

| Maßnahme | Zeitraum (von/bis) |
|----------|--------------------|
| | |
| | |
| | |

Bei Bedarf: Weitere Bezugsperson/Person des Vertrauens

Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail

IV. Angaben zur Tageseinrichtung

- Integrationsplatz in der Kindertagesstätte
- Integrationsplatz in der Krippe
- Integrationsplatz bei der Kindertagespflege

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

- Maßnahmenbeginn: _____
- Verlängerung ab: _____

Tägliche Betreuungszeit des Kindes
(bei Krippe: Bitte Kopie des Betreuungsvertrages beifügen):

Handelt es sich bei der Tageseinrichtung (nicht Tagespflegeperson) um die im Verhältnis zu Ihrem Wohnort nächstgelegene Tageseinrichtung?

- Ja
- Nein: Welche Tageseinrichtung ist die nächstgelegene? Aus welchen Gründen kann Ihr Kind diese Tageseinrichtung nicht besuchen?

Vorzulegende Unterlagen

- Fachärztliche Gutachten
- Therapeutenberichte
- Berichte der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie
- Pflegegeldbescheid mit Pflegegutachten der Pflegekasse
- Schwerbehindertenausweis
- Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite)
- Betreuungsvertrag

Bitte nehmen Sie die beigefügte **Datenschutzerklärung** (Anlage 1) zur Kenntnis und senden diese unterschrieben an uns zurück.

Wir verweisen auf die Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. SGB I. Wird der Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60, 66 SGB I).

Die Unterzeichnenden nehmen hiermit die möglichen Folgen einer fehlenden Mitwirkung zur Kenntnis.

Die Unterzeichnenden versichern, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind. Änderungen der im Antrag gemachten Angaben, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der persönlichen Verhältnisse - werden dem Träger der Eingliederungshilfe unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift (der gesetzlichen Vertretung)

Magistrat der Stadt Fulda – Postfach 20 52 - 36010 Fulda

Zurück an:
Amt für Jugend, Familie und Senioren
Eingliederungshilfe Stadt Fulda
Heinrich-von-Bibra-Straße 5-9
36037 Fulda

Magistrat der Stadt Fulda
Eingliederungshilfe SGB IX
Telefax: 0661/102-2901
E-Mail: eingliederungshilfe@fulda.de
Anschrift: Behördenhaus am Schlossgarten
Heinrich-von-Bibra-Platz 5-9
36037 Fulda

Hinweis zu dem Gesamtplanverfahren: Beratende Teilnahme des örtlichen Jugendhilfeträgers

Wenn Sie einen Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe gestellt haben, wird von dem Träger der Eingliederungshilfe ein Gesamtplanverfahren (§ 117 SGB IX) durchgeführt.

In dem Gesamtplanverfahren werden Sie beraten und Ihre Wünsche werden dokumentiert. Außerdem wird gemeinsam mit Ihnen der individuelle Bedarf ermittelt und zum Abschluss die Möglichkeit geben, eine bedarfsdeckende Leistung abzustimmen.

Bei minderjährigen Leistungsberechtigten kann der örtliche Träger der Jugendhilfe beratend an dem Gesamtplanverfahren teilnehmen. Eine beratende Teilnahme kann zum Beispiel hilfreich sein, wenn es offene Fragen zur Erziehung des Kindes gibt, wenn eine die Jugendhilfe bereits Unterstützung leistet oder es Fragen zu den Leistungen der Jugendhilfe gibt.

Für die beratende Teilnahme des Trägers der Jugendhilfe muss eine Zustimmung des Personensorgeberechtigten (zum Beispiel der Eltern) vorliegen.

Möchten Sie, dass der örtliche Träger der Jugendhilfe beratend am Gesamtplanverfahren teilnimmt?

- Ja, bitte beteiligen Sie den örtlichen Träger der Jugendhilfe am Gesamtplanverfahren.
- Nein, bitte beteiligen Sie den örtlichen Träger der Jugendhilfe nicht am Gesamtplanverfahren.

Wenn Sie möchten, kann auch unabhängig von der Durchführung des Gesamtplanverfahrens eine Beratungsanfrage an den örtlichen Träger der Jugendhilfe weitervermittelt werden.

Wünschen Sie unabhängig von der Durchführung des Gesamtplanverfahrens eine Beratung durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe?

- Ja, bitte leiten Sie eine Beratungsanfrage an den örtlichen Träger der Jugendhilfe weiter.
- Nein, ich wünsche keine Beratung durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe.

Bitte senden Sie uns Ihre Rückmeldung zurück an:

Eingliederungshilfe Stadt Fulda
Heinrich-von-Bibra-Platz 5-9
36037 Fulda

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung. Melden Sie sich zur Kontaktaufnahme unter folgenden E-Mail-Adresse: eingliederungshilfe@fulda.de