

Kreis Rendsburg-Eckernförde Der Landrat FD 4.2 - Soziales und Eingliederungshilfen Kaiserstr. 8 24768 Rendsburg	Sachbearbeiter:		Ausgegeben:	
	Aktenzeichen:		Eingegangen:	
	Weiterleitungsfrist nach § 14 I S. 1 SGB IX endet:			

Antrag für Kinder

auf

- ☐ Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

ohne Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen für folgende Leistungen:

- ☐ heilpädagogische Leistungen (z. B. Frühförderung)
- ☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- ☐ Leistungen zu einer Schulbildung (z. B. Schulbegleitung)
- ☐ Leistungen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf (nur wenn diese Leistungen in besonderen Ausbildungsstätten für Menschen mit Behinderung erbracht werden)
- ☐ Leistungen zur Sozialen Teilhabe, wenn die leistungsberechtigte Person noch nicht eingeschult ist

1. Persönliche Verhältnisse	
	Angaben für das Kind
Familienname:	
Vornamen:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Anschrift:	
Seit wann lebt das Kind dort?	
Vorherige Anschrift:	
Hat das Kind in der Vergangenheit bereits Eingliederungshilfe bekommen?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, bis wann: Von welcher Behörde:
Staatsangehörigkeit:	☐ deutsch ☐ andere, und zwar: Die Aufenthaltserlaubnis ist gültig bis:

	Angaben für das Kind	
Wurde ein Vormund bestellt? (bitte den Beschluss über die Bestellung zum Vormund beifügen!	☐ nein ☐ ja, und zwar Name: Anschrift:	
Hat das Kind einen Schwerbehindertenausweis? Wenn ja, bitte den Schwerbehindertenausweis vorlegen!	☐ Nein ☐ Ja, gültig bis: Grad der Behinderung: Merkzeichen: ☐ G ☐ aG	
	Mutter	Vater
Familienname:		
Vornamen:		
Anschrift:		
Telefonnummer		
Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig! Telefonische Absprachen können das Verfahren beschleunigen.		
Hat dieser Elternteil die elterliche Sorge für das Kind?	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja

2. Kranken- und Pflegeversicherung
(wenn Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beantragt werden)

Name und Anschrift der Krankenkasse des Kindes:

Versicherungsnummer:

Das Kind ist:

- ☐ Pflichtversichert
- ☐ Familienversichert
- ☐ Freiwillig gesetzlich versichert
- ☐ Privat versichert
- ☐ Nicht versichert

3. Sonstige Ansprüche	
Art des Anspruchs	Angaben für das Kind
Schadensersatz:	Wurde die Beeinträchtigung, wegen der für das Kind Eingliederungshilfe beantragt wird, von einer anderen Person verursacht? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wer hat die Beeinträchtigung verursacht? Name: Anschrift: Bitte schildern Sie, was passiert ist: Hat bereits ein Gericht über den Schadensersatzanspruch entschieden? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, bitte die Entscheidung in Kopie beifügen! Wurde der Schaden bereits teilweise reguliert? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

4. Hinweise und Schlusserklärungen

Richtige Angaben

Ich erkläre, dass alle Angaben, die ich oben gemacht habe, wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögenswerte, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss.

Mitwirkungspflicht

Ich weiß, dass ich alle Tatsachen angeben muss, die für die beantragten Leistungen erheblich sind. Ich bin verpflichtet, auf Verlangen erforderliche Unterlagen (Beweisurkunden) vorzulegen oder ihrer Vorlage sowie der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB I). Komme ich diesen Pflichten nicht nach, dann können die beantragten Leistungen ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Datenschutz

Die Informationen nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten in der stets aktuellen Fassung finden Sie auf der Internetseite des Kreises Rendsburg-Eckernförde im Bereich „Datenschutz“.

Datum:

(Unterschrift des Antragstellers/Betreuers/Bevollmächtigten)