



Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Gem. § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Antrag auf Übernahme der Kosten für einen Integrationshelfer in der Schule

Antrag auf

Individuelle Begleitung (Zivildienstleistender/ Hilfskraft oä)

Sonstiges _____

Zweck Grund

laufenden Unterricht oder bei einmaligen Maßnahmen (u.a. Klassenfahrt) oder

Die Integrationsmaßnahme soll von

Name und Anschrift _____ (kann auch von der Schule festgelegt werden)

ab _____ in der _____
Name /Adresse der Schule

durch- bzw. weitergeführt werden.

Zeitraum/Datum

ab dem _____ Schuljahr _____ Klasse _____

Geschätzte Kosten der Maßnahme _____

	Antragsteller/in Kind	Vater	Mutter
I. Personalien			
Name und Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Beruf			
Familienstand			
Straße und Hausnummer			
PLZ und Wohnort			
Telefonnummer			

Warum wird Eingliederungshilfe beantragt?

Begründung/Welcher Hilfebedarf besteht ? Für welche Tätigkeit wird Unterstützung benötigt)?

Weitere Angaben zum Kind:

Kindergartenbesuch von bis		wo
Vorklasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schulbesuch (Name bzw. Ort / von - bis		
1. Schule		
2. Schule		
3. Schule		
Unterrichtszeit	Uhrzeit vonbis	
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Schulweg	Dauer: <input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> öffentl	

Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz	<input type="checkbox"/> wurden bislang nicht beantragt <input type="checkbox"/> wurden beantragt, der Antrag wurde jedoch abgelehnt <input type="checkbox"/> wurden bewilligt Pflegestufe _____
Leistungen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art der Leistung: Therapien/Hilfsmittel/Behandlungspflege Name Adresse der Krankenkasse/KV Nummer
Anerkennung nach dem Schwerbehindertenrecht (§ 69 SGB IX – Feststellung der Behinderung)	Bescheiddatum _____ Grad der Behinderung _____ v.H. <input type="checkbox"/> Eine Anerkennung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bislang nicht beantragt
Welche Behinderung besteht bei Ihrem Kind?	
Ursachen? (z.B. angeborenes Leiden, Fremdverschulden, Impfschaden)	
Wurde bereits Eingliederungshilfe in einer Schule gewährt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein In welcher Schule?
Erhält Ihr Kind von andere Stelle Leistungen/Hilfe?	
Leistungen aus Versicherung Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Versicherungsträger/Az.?
Leistungen des Sozialhilfeträgers z.B. Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art der Leistung: Päd. Betreuung, Familienhilfe, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft Haushilfe u.ä.) Telefonnummer/Name der Sachbearbeitung
Leistungen des Jugendamtes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	Art der Leistung: (§ 35 KJHG, Hilfe zur Erziehung, Unterbringung in einer Pflegefamilie u.ä.) Telefonnummer/Name der Sachbearbeitung
Liegt eine stationäre Unterbringung vor (Heim, Wohngruppe u.a.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte beschreiben Sie genau welche Unterstützung Ihr Kind benötigt	Unser Kind braucht Unterstützung bei:
	Aus diesem Grund wird die Unterstützung benötigt:
Bekommt Ihr Kind bereits wegen der Behinderung Unterstützung durch Andere? Wenn ja beschreiben Sie bitte ausführlich welche Unterstützung Sie erhalten und durch wen	

Bitte legen Sie noch diese Unterlagen/Kopien zum Antrag:

- Ausführliche ärztliche Diagnosen/Befunde; Schwerbehindertenausweis / MDK Gutachten

Ihr Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn alle Fragen vollständig beantwortet worden sind. Zusätzlich sind Stellungnahmen der Schule und des Gesundheitsamtes erforderlich, die wir nach Eingang Ihres Antrages anfordern werden.

Ich bestätige/Wir bestätigen hiermit, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift/Unterschriften