

Um den unten stehenden Antrag digital auszufüllen, ist er unter www.marburg-biedenkopf.de/egh abrufbar.

Der Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf
 Fachbereich Familie, Jugend und Soziales
 Fachdienst 50.7 / Soziales
 Im Lichtenholz 60 • 35043 Marburg



**Antrag auf Bewilligung einer Teilhabeassistenz in Schulen
 nach §§ 112 Abs. 1 Nr. 1, 75 Abs. 2 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB IX)
 für das Schuljahr**

Erstantrag

Folgeantrag

Antrag der Eltern / Sorgeberechtigten

I. Angaben zum Kind

Vor- und Zuname				Geschlecht des Kindes Weibl. Männl. Divers
Geburtsdatum / -ort				
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)				
Zugezogen von / am				
Derzeitiger Aufenthalt bei	Eltern Pflegeeltern	Mutter Verwandten	Vater im Heim	
Staatsangehörigkeit				
Ausländerrechtlicher Status	Aufenthalts- erlaubnis Gültig bis _____	Aufenthalts- gestattung (Datum)	Duldung	
Krankenkasse (Name und Anschrift)				KV-Nummer

II. Angaben zur Mutter

Vor- und Zuname			
Geburtsdatum / -ort			
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)			
Staatsangehörigkeit			
Ausländerrechtlicher Status	Aufenthalts- erlaubnis Gültig bis _____	Aufenthalts- gestattung (Datum)	Duldung
Sorgeberechtigt	Ja	Nein	Telefon (Vorwahl / Nummer)

III. Angaben zum Vater

Vor- und Zuname			
Geburtsdatum / -ort			
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)			
Staatsangehörigkeit			
Ausländerrechtlicher Status	Aufenthalts- erlaubnis Gültig bis _____	Aufenthalts- gestattung (Datum)	Duldung
Sorgeberechtigt	Ja	Nein	Telefon (Vorwahl / Nummer)

IV. Ggf. Angaben zu weiteren Personen, bei denen sich das Kind aufhält (Pflegeeltern, Verwandte etc.)

Vor- / Zuname(n) der Pflegeeltern, Verwandten etc.		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		Telefon (Vorwahl / Nummer)
Wo wohnte das Kind vor der Pflegefamilie?		

V. Ggf. Angaben zum gesetzlichen Vertreter (Sorgeberechtigter)

Vor- und Zuname		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		Telefon (Vorwahl / Nummer)

VI. Die Integrationsmaßnahme soll durchgeführt werden von

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

ab _____ in der _____
Name /Adresse der Schule

Schuljahr _____ Klasse _____

(Vordruck Schulbescheinigung bitte beifügen)

Liegt bereits ein Schulabschluss vor?	Ja	Nein	Wenn ja, welcher
----------------------------------------------	----	------	------------------

VII. Unterlagen / Weitere Angaben zum Schulkind

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?	Ja	Nein	Bitte Ausweiskopie vorlegen.				
	Vorhandene Merkzeichen: G aG H B BI GI R					Grad der Behinderung: %	
Hilfsmittelbedarf?	Wenn ja, welche:						
Liegt ein Pflegegrad vor?	Ja	Nein	Pflegegrad : 1 2 3 4 S				
Unterstützung durch sozialen Dienst (Jugendamt)?	Ja	Nein					
Wird eine Rente vom Versorgungsamt bezogen?	Ja	Nein	Bitte Rentenbescheid (Impfschädigung oder Opferentschädigungsgesetz) vorlegen.				
Bestehen Ansprüche gegen eine Unfallversicherung?	Ja	Nein	Bitte entsprechende Unterlagen vorlegen.				
Art der Behinderung	körperbehindert seelisch behindert geistig behindert		Sinnesbeeinträchtigung (Hören/Sehen) Autismus (geistig/seelisch/frühkindlich)				

Kindergartenbesuch	Von _____ bis _____	
Kindergarten		
Vorklasse	Ja Nein	
Unterrichtszeit	Von _____	bis _____
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Schulweg	Zu Fuß öffentl. Verkehrsmittel	Schulwegbegleitung erforderlich Ja Nein

VIII. Bisherige / Geplante Fördermaßnahmen / Therapien

Bisherige Eingliederungshilfemaßnahmen und Therapien:

Maßnahme:	Name/Anschrift:	Zeitraum von – bis:
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		
Frühförderung		
Jugendamt		
Erziehungs- / Familienberatungsstelle		
Frühberatung		
Institutsambulanz		
Familientlastender Dienst		
Alltagsassistenz		
Integrationsplatz Kiga/Kita		
Schulbegleitung		

Medizinische Notwendigkeiten:

Liegen Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege / Behandlungspflege vor?

Wenn ja, wofür:

Müssen Notfallmedikamente gegeben werden?
Welche und unter welchen Umständen?

Bestehen sonstige Leistungen?
Wenn ja, welche?

IX. Aktueller Bedarf aus Sicht der Eltern/Sorgeberechtigten

Benötigt Ihr Kind Unterstützung/Hilfsmittel beim Sehen und/oder Hören?
Wenn ja, welche:

Braucht Ihr Kind Unterstützung bei der Verständigung/Kommunikation?
Wenn ja, in welcher Form:

Benötigt Ihr Kind Unterstützung bei der Mobilität (Beweglichkeit / Fortbewegung)?
Wenn ja, in welcher Form und wie häufig:

Benötigt Ihr Kind Unterstützung bei alltagspraktischen Tätigkeiten (An-/Auskleiden, Ernährung usw.)?
Wenn ja, in welcher Form:

X. Begründung des Antrages

Nähere Angaben zum Unterstützungsbedarf des Kindes)
In welchen Bereichen in der Schule benötigt Ihr Kind Unterstützung?

XI. Ressourcen / positive Ansätze

Welche Unterstützung bekommt Ihr Kind bereits? Welche
Unterstützung wünschen Sie sich für Ihr Kind?

XII. Erklärung des/der gesetzlichen Vertreters/in für die/den Schüler/in

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind (insbesondere **Wohnortwechsel, vorzeitige Beendigung der Teilhabeassistenz etc.) unverzüglich und unaufgefordert schriftlich** dem Fachdienst 50.7 Soziales des Landkreises Marburg-Biedenkopf mitzuteilen.

Kommen wir / komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages bzw. zur Einstellung bereits gewährter Leistungen führen (§ 66 SGB I). Uns / mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist und zu Unrecht bezogene Leistungen zu erstatten sind.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch Teil I (§§ 60-67 SGB I) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die das unter I. genannte Kind behandeln oder behandelt haben oder denen es vorgestellt worden ist oder wird, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Fachdienst Soziales des Landkreises Marburg-Biedenkopf die (auch von Dritten) vorgelegten medizinischen Unterlagen, Entwicklungsberichte u. ä. dem Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf zur Verfügung stellen kann.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Bewilligung von Leistungen in einer Anlage zur automatischen Datenverarbeitung gespeichert werden.

Das notwendige Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht füge ich diesem Antrag bei.

Folgende Unterlagen sind dem Antrag in Kopie beizufügen:

- Aktuelle Diagnoseberichte, z. B. von einem Sozialpädiatrischen Zentrum bzw. einer anderen Klinik für Diagnostik, Krankenhausberichte
- Facharztberichte etwa eines Facharztes für hör- und sehgeschädigte Kinder oder eines Facharztes für Kinder und Jugendpsychiatrie
- Berichte von Therapeuten (z. B. Logopäden, Ergotherapeuten, Krankengymnasten)
- Berichte von Frühberatungsstellen
- Ergebnis der Schuleingangsuntersuchung
- Bericht des Beratungs- und Förderzentrums
- Pflegegeldbescheid mit Pflegegutachten der Pflegekasse
- MDK-Gutachten

Sollte bisher noch keine diagnostische Abklärung hinsichtlich einer möglichen Entwicklungsverzögerung erfolgt sein, ist eine solche nachzuholen.

Der Kreisausschuss des
Landkreises Marburg-Biedenkopf
Fachdienst 50.7/Soziales
Im Lichtenholz 60
35043 Marburg

LANDKREIS



MARBURG
BIEDENKOPF

Schulbescheinigung

zur Vorlage beim Kreisausschuss des Landkreises Marburg- Biedenkopf

Vor- und Zuname Schüler:in		Geschlecht des Kindes		
		Weibl.	Männl.	Divers
Geburtsdatum / -ort				
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)				

Besucht im Schuljahr	
die Klasse	

Hat sich für nachfolgende Schulform angemeldet

Grundschule

Sekundarstufe I (welche Schulform)

Sekundarstufe II (welcher
Abschluss)

Förderschule

Berufsschule

Berufsgrundschuljahr

Assistenten-Bildungsgang (BFS)

Fachoberschule

Fachschule

Klassenlehrer:in:

(Datum, Unterschrift)

Schulleiter:in

(Datum, Unterschrift)

Schulstempel