

ANTRAG AUF EINGLIEDERUNGSHILFE ZUR TEILHABE AN BILDUNG

gemäß § 102 SGB IX i. V. m. § 112 SGB IX

Posteingangsstempel

Schulbegleiter/Integrationshelfer	Schuljahr:
<input type="checkbox"/> Erstantrag	
<input type="checkbox"/> Folgeantrag	
Durchführung der Maßnahme in der Einrichtung (Name, Anschrift der Einrichtung)	
voraussichtlicher Beginn	

1. Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:

Name, Vorname			
Geburtsdatum und -ort			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit (ggf. Aufenthaltstitel/-bescheinigung)			
Ortsteil, Straße, Hausnr.			
PLZ, Wohnort			
Schwerbehindertenausweis (sofern vorliegend Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> ja	GdB:	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad (sofern vorliegend Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> ja	Pflegegrad:	
	<input type="checkbox"/> nein, noch nicht beantragt		
	<input type="checkbox"/> nein, beantragt, noch nicht bewilligt		

Es wird die folgende vorrangige Leistung in Anspruch genommen:

Wohngeld Arbeitslosengeld II SGB XII Leistungen

2. Sorgeberechtigte/gesetzliche Vertreter

Gesetzliche Vertretung erfolgt durch	<input type="checkbox"/> Amtsvormund (Bitte Bestellungsurkunde vorlegen)
	<input type="checkbox"/> bestellten Betreuer (Bitte Bestellungsurkunde vorlegen)
	Name:
	Anschrift:
	Telefonnummer
	E-Mail:
	<input type="checkbox"/> Eltern (leibliche, Stief- oder Pflege-) (Bitte die nachfolgenden Felder – Seite 2 - ausfüllen)

	Vater, Stiefvater, Pflegevater	Mutter, Stiefmutter, Pflegemutter
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Staatsangehörigkeit		
Ortsteil, Straße, Hausnr.		
PLZ, Wohnort		
Sorgerecht (sofern vorliegend Sorgeerklärung beifügen)	<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht	<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht
Erwerbsstatus	<input type="checkbox"/> Vollzeit berufstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit berufstätig (kein 1-€-Job) <input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Vollzeit berufstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit berufstätig (kein 1-€-Job) <input type="checkbox"/> arbeitslos
Es wird die folgende vorrangige Leistung in Anspruch genommen:	<input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> SGB XII Leistungen	<input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> SGB XII Leistungen
Telefonnummer		
E-Mail		

3. Familienverhältnisse

Außer dem o. g. Kind und seinen Eltern leben noch **im gleichen Haushalt**

Zu- und Vorname	geb. am	Familienstand	Verwandtschaftsgrad zum o. g. Kind

Angehörige (Geschwisterkinder, leiblicher Elternteil) **außerhalb des Haushaltes**

Zu- und Vorname	geb. am	Familienstand	Verwandtschaftsgrad zum o. g. Kind

4. Angaben zur (drohenden) Behinderung		
Hinweis: Bei Mehrfachbehinderungen, bitte den Hauptschwerpunkt kennzeichnen.		
<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	<input type="checkbox"/> andere seelische Behinderungen	
<input type="checkbox"/> geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung	
<input type="checkbox"/> Körperbehinderung	<input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung	
<input type="checkbox"/> ADHS, ADS, Teilstörungen (z. B. LRS, ...)	<input type="checkbox"/> sprachliche Probleme	
<input type="checkbox"/> Autismusspektrumstörungen	<input type="checkbox"/> anderes (z. B. Epilepsi, Diabetes, Bluterkrankheit ...)	
konkrete Diagnosen (Bitte legen Sie die vorhandenen aktuellen Berichte vor.)		
5. Therapeutische Behandlungsmaßnahmen		
	während der Schulzeit	außerhalb der Schulzeit
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. medizinische/pflegerische Maßnahmen		
<input type="checkbox"/> nein, nicht notwendig		
<input type="checkbox"/> ja, notwendig. (z. B. PEG, Stoma, Katheder, Beatmung, Trachealkanüle, Hilfsmittelversorgung, umlagern ...)		folgende Maßnahmen sind notwendig:
7. Vorrangige Ansprüche		
Bestehen Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	für:
		welche?:
Geht die Behinderung auf einen Unfall zurück		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Name der Versicherung:
		Versicherungsnummer:
Liegt ein Impfschaden vor?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welcher?
Geht die Behinderung auf ein Gewaltverbrechen zurück?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welches?

8. Aufenthaltsverhältnisse des/der Hilfesuchenden innerhalb des letzten Monats vor der Antragstellung

Zeitraum	Aufenthaltsort Anschrift	Einreisen aus dem Ausland Tag und Ort des Grenzübergangs (Pass etc. vorlegen)

9. Ergänzende Angaben zum Schulbesuch

Schule (Name der Schule und Anschrift)	
Ansprechpartner in der Schule:	
Klassenstufe, die Ihr Kind besuchen wird:	

10. Weitere Angaben zum geplanten Schulbegleiter

ja, ich/wir bzw. die Schule haben bereits jemanden, der die Schulbegleitung übernehmen würde.
(Bitte namentlich benennen)

es muss noch eine geeignete Person gefunden werden.
(über entsprechende Anbieter , z. B. Lebenshilfe, Malteser, Diakonie, Johanner-Unfall-Hilfe, ASB, DRK, etc.)

Zu diesem Zweck dürfen notwendige Angaben zum Kind, den Einschränkungen, dem Hilfebedarf und der Schule an einen entsprechenden Anbieter übermittelt werden.

11. Begründung Bedarf einer Schulbegleitung

Beschreiben Sie bitte mit Ihren eigenen Worten aus welchen Gründen ein Schulbegleiter erforderlich ist und welche Tätigkeiten dieser Ihrer Meinung nach ausüben muss bzw. wo Ihr Kind Hilfe benötigt.

Anlagen

- Angaben der Schule für das beantragte Schuljahr (Von der Schule auszufüllen)
 Information zur Datenerhebung gem. Art. 13 und 14 der EU-DSGVO

Erklärung

Die vorstehenden Angaben habe(n) ich/wir wahrheitsgemäß gemacht.

Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n). Jede Änderung der persönlichen Verhältnisse, insbesondere der Aufenthaltsverhältnisse des Kindes werde ich/werden wir unaufgefordert und zeitnah dem örtlichen Sozialhilfeträger schriftlich mitteilen. (Mitwirkungspflicht gemäß §§ 60-66 SGB I)

Ich bin/wir sind darüber informiert, dass die Eingliederungshilfe, erst einsetzen kann, wenn dem Träger der Eingliederungshilfe – hier: Landkreis Meißen – oder den von ihm beauftragten Stellen bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistung vorliegen (als angemessene Bearbeitungszeit seitens des Kreissozialamtes wird i. d. R. ein Zeitraum bis zu acht Wochen angesehen).

Bei fehlender Mitwirkung kann der Antrag ganz oder teilweise versagt werden.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der/s Personensorgeberechtigten

Schweigepflicht

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass der Hilfebedarf des zu fördernden Kindes in einer Hilfeplankonferenz besprochen und durch eine Hospitation in der Schule erhoben werden darf.

Teilnehmer an der Hilfeplankonferenz sind in der Regel Vertreter des örtlichen Eingliederungshilfeträgers, der Schule, des Gesundheitsamtes (Begutachtung) und auf Wunsch auch der Leistungsanbieter. Die Daten des zu fördernden Kindes dürfen zur Vorbereitung der Hilfeplankonferenz erhoben werden.

Ich/wir werden an der Hilfeplankonferenz (sollte eine stattfinden/einberufen werden)

teilnehmen

nicht teilnehmen

Ort, Datum

Unterschrift(en) der/s Personensorgeberechtigten

Datenschutz

Das mit diesem Antrag ausgehändigten Merkblatt „Information zur Datenerhebung gem. Art. 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit §§ 82, 82a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) (**Anlage**) habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der/s Personensorgeberechtigten