



Eingang:	
Ansprechpartner: Sozialamt, Am Flugplatz 1, 06366 Köthen (Anhalt) Frau Becker; Tel.: 03496 60-1052; Zimmer 179 Frau Hamann; Tel.: 03496 60-1053; Zimmer 179	
<u>Sprechzeiten:</u> Mo. und Fr.: 09:00 – 12:00 Di. und Do.: 09:00 – 12:00 und 14:00 – 18:00 sowie nach Vereinbarung	

## Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach §§ 53, 54 SGB XII in Form von heilpädagogischen Maßnahmen

- Neuantrag**       **Verlängerungsantrag**  
 **ohne Änderungen** im Vergleich zum Neuantrag (nur unter Punkt 1. die Zeilen 1 und 2 ausfüllen und bei Punkt 5. unterschreiben)

### 1. Angaben zum Kind

Name, Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift				
wohnhaft bei <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>			wohnhaft im Landkreis ABI seit	
Staatsangehörigkeit	Schwerbehindertenausweis %, Merkzeichen:		Pflegegrad	
Das Kind ist krankenversichert bei <input type="checkbox"/> seiner Mutter <input type="checkbox"/> seinem Vater <input type="checkbox"/>		Krankenkasse (Name, Versicherungsnummer)		
Besucht das Kind eine Kindereinrichtung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      →		Wenn <b>ja</b> , Name der Kindereinrichtung		
Sind Krankheiten oder Diagnosen bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn <b>ja</b> , welche?) ..... ..... ..... ..... .....		Erhält/Erhielt das Kind bereits folgende Maßnahmen? (seit wann bzw. von/bis) ↓ <input type="checkbox"/> Logopädie ..... <input type="checkbox"/> Ergotherapie ..... <input type="checkbox"/> Krankengymnastik ..... <input type="checkbox"/> Physiotherapie ..... <input type="checkbox"/> ambulante Frühförderung ..... <input type="checkbox"/> Besuch integrative Kindertagesstätte ..... <input type="checkbox"/> .....		
Werden/Wurden in der Familie weitere Hilfen gewährt (z. B. Erziehungsbeistand, Familienunterstützender Dienst, sozialpädagogische Familienhilfe)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche, seit wann bzw. von/bis) ↓ ..... ..... .....				
Dem Antrag folgende Unterlagen beizufügen (soweit vorhanden): (1) Medizinische Unterlagen (z. B. Entlassungsberichte Krankenhäuser, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Gutachten, Befunde vom Kinderarzt, Facharzt, Psychologen usw.) (2) Bericht der Frühförderstelle und des Regelkindergartens (3) Kopie der Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchung (U-Untersuchungen/gelbes Heft) (4) Berichte sonstiger Therapeuten (z. B. von Ergo- und Physiotherapie, Logopädie, Krankengymnastik) (5) Einschätzung der aktuellen Kindereinrichtung zum Entwicklungsstand				

## 2. Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten

	Mutter	Vater	Andere Sorgeberechtigte
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Staatsangehörigkeit			
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße, Hausnr.			
PLZ Wohnort			
Telefon			

## 3. Angaben zu Geschwisterkindern

	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Staatsangehörigkeit			
Straße, Hausnr.			
PLZ Wohnort			
	Kind 4	Kind 5	Kind 6
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Staatsangehörigkeit			
Straße, Hausnr.			
PLZ Wohnort			

## 4. Erklärung des Antragstellers

Ich versichere/Wir versichern, dass die Angaben in diesem Antrag in vollem Umfang der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar machen würde/n. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger meine/unsere Ansprüche gegen Drittverpflichtete im Rahmen der Gesetze auf sich überleitet.

Mir/Uns ist bekannt, dass der Antrag erst abschließend bearbeitet werden kann, wenn dem Sozialamt des Landkreises Anhalt-Bitterfeld alle entscheidungsrelevanten Unterlagen vorliegen.

Ich bevollmächtige/Wir bevollmächtigen das Sozialamt des Landkreises Anhalt-Bitterfeld, die Abrechnung der Leistungen für das o. g. Kind entsprechend dem Kostenanerkennnis direkt mit den Einrichtungsträgern vorzunehmen.

## 5. Hinweise auf Kostenfreiheit nach § 92 SGB XII

Die integrative Förderung in einer Kindertagesstätte sowie die ambulante heilpädagogische Frühförderung für noch nicht eingeschulte Kinder sind kostenlos. Die vollständigen Kosten dieser Maßnahmen trägt das Sozialamt.

Davon nicht umfasst sind Kosten für die Verpflegung des Kindes sowie vom Einrichtungsträger erhobene Elternbeiträge nach § 13 KiFöG.

Ort und Datum	Unterschrift des ersten Sorgeberechtigten	Unterschrift des zweiten Sorgeberechtigten