



Eingang:

Ansprechpartner:

Fachdienst Eingliederungshilfe, Am Flugplatz 1,
06366 Köthen (Anhalt)

Tel.: 03496 60-1052 und -1055; Zimmer 179

Sprechzeiten:

Di.: 09:00 – 12:00 und 14:00 – 18:00

Do.: 09:00 – 12:00 und 14:00 – 17:00

Fr.: 09:00 – 12:00

sowie nach Vereinbarung

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach §§ 42, 79 SGB IX in Form von heilpädagogischen Maßnahmen

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname		Geschlecht m w	Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift		Telefon/E-Mail		
wohnhaft bei Eltern Mutter Vater			wohnhaft im Landkreis ABI seit	
Staatsangehörigkeit	Schwerbehindertenausweis %, Merkzeichen:		Pflegegrad	
Das Kind ist krankenversichert bei seiner Mutter seinem Vater		Krankenkasse (Name, Versicherungsnummer)		
Besucht das Kind eine Kindereinrichtung? nein ja →		Wenn ja, Name der Kindereinrichtung		
Sind Krankheiten oder Diagnosen bekannt? nein ja (Wenn ja, welche?)				
Besteht Masern-Impfschutz? ja nein (Kopie Impfpass beifügen)				
Kinderarzt:				
Zahnarzt:				
Ist das Kind bereits in einer Spezialsprechstunde? (z. B. Frühchensprechstunde, SPZ, Kinderneurologie, Kinderpsychiatrie) nein ja wo				
Wenn ja, aus welchem Grund?				
Erhält/Erhielt das Kind bereits folgende Maßnahmen? (seit wann bzw. von/bis) ↓ wo ↓				
Osteopathie	.....	.....		
Logopädie	.....	.....		
Ergotherapie	.....	.....		
Krankengymnastik	.....	.....		
Physiotherapie	.....	.....		
ambulante Frühförderung	.....	.....		
Besuch integrative Kindertagesstätte	.....	.....		
.....				

Werden/Wurden in der Familie weitere Hilfen gewährt (z. B. Erziehungsbeistand, Familienunterstützender Dienst, sozialpädagogische Familienhilfe)?

nein

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, Impfpass 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	ja nein	ja nein	ja nein
Straße, Hausnr.			
PLZ Wohnort			
Telefon			

3. Angaben zu Geschwisterkindern

Anzahl der Geschwister: Alter:

davon im gemeinsamen Haushalt: Alter:

nicht im gemeinsamen Haushalt: Alter:

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 Träger der Eingliederungshilfe 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 Fachdienst Eingliederungshilfe des Landkreises Anhalt-Bitterfeld alle entscheidungsrelevanten Unterlagen vorliegen.

Ich bevollmächtige/Wir bevollmächtigen den Fachdienst Eingliederungshilfe 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 § 138 Abs. 1 SGB IX

Die integrative Förderung in einer Kindertagesstätte sowie die ambulante heilpädagogische Frühförderung für noch nicht eingeschulte Kinder sind kostenlos. Die vollständigen Kosten dieser Maßnahmen trägt der Fachbereich Soziales, Senioren und Inklusion.

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