

Antrag auf Kostenübernahme für Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII
in Form von Frühförderung

Erstantrag

Folgeantrag

1. Angaben zum Kind				
Vor- und Zuname:				
Geburtsdatum:		männl. <input type="checkbox"/>	weibl. <input type="checkbox"/>	
Straße, Hausnummer:				
Wohnort:				
Telefon:				
Staatsangehörigkeit:				
Aufenthaltsrechtlicher Status: (entfällt bei Staatsangehörigkeit Deutsch)				
Kinderarzt/Hausarzt:				
Adresse:				
Stellung zu den Eltern:	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind der Mutter	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind des Vaters	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Adoptivkind
Art der Behinderung:	<input type="checkbox"/> wesentliche Behinderung		<input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht	
	<input type="checkbox"/> geistig	<input type="checkbox"/> körperlich	<input type="checkbox"/> seelisch	

2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten		
	Mutter	Vater
Name:		
Vorname:		
Straße, Hausnummer:		
Wohnort:		

3. Ansprüche gegenüber Dritten

(z. B. durch Unfall, Impfschaden, Behandlungsfehler, Tötlichkeit)

ja

nein

4. Wohnsituation

Aufenthalt in einer stationären Einrichtung

Falls ja, vorheriger Wohnort:

bei Eltern/Familie/Partner

sonstige:

5. Leistungsanbieter (bitte unbedingt ausfüllen!)

Auf unseren / meinen Wunsch hin soll die Frühfördermaßnahme durchgeführt werden von

Leistungsanbieter:

Adresse:

6. Kinderärztliche Stellungnahme

Eine kinderärztliche Stellungnahme ist beigelegt.

ja

nein

Hinweis: Nach §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I) hat derjenige, der Sozialleistungen beantragt, alle Tatsachen anzugeben, die für die beantragte Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Die Regelungen in den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch - Verwaltungsverfahren - (SGB X) werden beachtet. Die Übermittlung der Daten erfolgt im gesetzlich zulässigen Rahmen.

Erklärung:

Ich erteile dem Kreis Olpe meine Einwilligung, die im Rahmen des Antrags auf Eingliederungshilfe erhobenen Daten den Stellen zu übermitteln, die ggf. an der Entscheidung beteiligt sind. Ich bin damit einverstanden, dass die Kosten direkt mit dem Leistungsanbieter abgerechnet werden.

(Ort, Datum)

(Erziehungsberechtigte/r)