



Landeshauptstadt Wiesbaden Der Magistrat Amt für Soziale Arbeit 5107 Eingliederungshilfe und Teilhabe Kreuzberger Ring 7 65205 Wiesbaden	Eingang:
<b>Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII) - Kinder- und Jugendhilfe- gemäß § 35a SGB VIII Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche</b>	
<b>Antrag auf folgende Leistungen:</b> <input type="checkbox"/> integrative Lerntherapie <input type="checkbox"/> Autismustherapie <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe in Schulen <input type="checkbox"/> sonstige Leistungen	
<b>Persönliche Verhältnisse des antragstellenden minderjährigen Kindes/Jugendlichen</b>	
Familienname, Vorname	
Ggf. Geburtsname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, <b>Wohnort</b>	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum, Geburtsort	
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere, Welche? _____ Aufenthaltsstatus: _____
Wurde die Anerkennung als Aussiedler/in, Asylberechtigter/e beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ Ergebnis: _____ (ggf. Kopie Anerkennungsbescheid/Ausweis beifügen)
Welche Schule besucht das Kind/Jugendlicher?	<input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> weiterführende Schule

Name und Anschrift der Schule		
<b>Angaben zu den Eltern/ Betreuungspersonen</b>		
	<b>Elternteil 1 bzw. Betreuungsperson</b>	<b>Elternteil 2 bzw. Betreuungsperson</b>
Name, ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum, -ort		
Straße, Hausnummer, Wohnort (wenn abweichend vom Kind/Jugendlichen)		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere
Telefon (freiwillig)		
E-Mail (freiwillig)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet  seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet  seit: _____
Sind die Eltern sorgeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, dann Nachweise beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, dann Nachweise beifügen
<b>Angaben zu sonstigen Personensorgeberechtigten</b> (nur auszufüllen, wenn die Eltern nicht sorgeberechtigt sind)		
Besteht eine Amtsvormundschaft oder eine Amtspflegschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis beifügen) Bestellung durch Amtsgericht: AktENZEICHEN _____	
Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		

Postleitzahl, Ort	
Telefon (freiwillig)	E-Mail Adresse (freiwillig)

**Kranken-und Pflegeversicherung des Kindes/Jugendlichen**

Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/ Pflegeversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: _____ _____ Versicherungsnummer: _____
--	---

Wie ist das Kind/Jugendlicher versichert?	<input type="checkbox"/> familienversichert über: _____ _____ <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung bei: _____ _____
---	--

Ist das Kind/Jugendlicher im Krankheits-oder Pflegefall beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja, bei: _____ <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte/-r: _____ <input type="checkbox"/> nein
---	--

Ist ein Pflegegrad vorhanden? (Bitte Nachweis beifügen sowie Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK Pflegegutachten)	<input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad _____ <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> nein
---	---

**Angaben zur seelischen Behinderung des Kindes/Jugendlichen**

Bei dem Kind/Jugendlichen wurde eine seelische Behinderung oder drohende seelische Behinderung als Folge einer Teilleistungsschwäche festgestellt:

Legasthenie       Dyskalkulie  
 Ich/Wir beziehe/n laufende Leistungen nach dem SGB II bzw. SGB XII. Ich/Wir beantrage/n deshalb die Erstattung der Gebühr für die Erstellung des Fachgutachtens. (Bitte zusätzlich Anlage Kostenerstattung ausfüllen)

Bei dem Kind/Jugendlichen wurde eine seelische Behinderung oder drohende seelische Behinderung festgestellt und benötigt deshalb Eingliederungshilfe, um den Schulbesuch zu ermöglichen:

ja       nein

Mein Kind benötigt Unterstützung in der Schule in folgenden Bereichen:

- 
- 
- 
- 

<p>Beteiligte Ärzte und Therapeuten</p>	<p>Name, Anschrift:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Name, Anschrift</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Name, Anschrift</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? (Bitte Nachweis beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____</p> <p>Grad der Behinderung: _____</p> <p>mit Merkzeichen: _____</p> <p><input type="checkbox"/> wurde beantragt am: _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Hat das Kind/Jugendlicher bereits in der Vergangenheit andere Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen (z.B. Frühförderung, Integration in die Kindertagesstätte, Hilfsmittel...)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja (wann/ wo/ welche Leistung)- bitte Nachweis vorlegen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>

## Erklärung

### Erklärung des Antragstellers oder des/der rechtlichen Vertreters/in, falls dieser Antragsteller/in ist:

Wir sind/ Ich bin bereit, die Hilfe nach besten Kräften zu unterstützen und mit allen an der Hilfe beteiligten Personen und Einrichtungen zusammenzuarbeiten.

Wir werden/ Ich werde alles unterlassen, was sich schädlich auf den Verlauf der Hilfe auswirken könnte.

Uns/ Mir ist bekannt, dass wir/ ich als Inhaber des Personensorgerechts jederzeit die Beendigung der Hilfe verlangen können/kann. Wir werden/ Ich werde dies jedoch nicht tun, ohne vorher mit Amt 5107 Eingliederungshilfe und Teilhabe gesprochen zu haben.

Wir sind/ Ich bin darüber informiert, dass alle zur Gewährung und Durchführung der Hilfen erforderlichen personenbezogenen Daten vom Amt Eingliederungshilfe und Teilhabe in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

Wir sind/ Ich bin darüber informiert, dass diese Daten im Rahmen der datenschutzrechtlichen Grenzen und Bestimmungen an die mit der Hilfe in Verbindung stehenden Personen und Einrichtungen weitergegeben werden.

**Die gesonderten Datenschutzhinweise** zu den Informationspflichten der Landeshauptstadt Wiesbaden nach Art. 13 und 14 der Datenschutz- Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 82 und 82a SGB X habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift/en (von allen Sorgeberechtigten)

Ort, Datum

Unterschrift/en (von allen Sorgeberechtigten)

Ort, Datum

Unterschrift Fallmanagement

### Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass alle für die Bearbeitung des Antrages relevanten Daten und Unterlagen (z.B. ärztliche Stellungnahmen, Förderpläne, Gutachten etc.) den damit betrauten Stellen (Schule, Einrichtung, Gesundheitsamt, Sozialamt, Eingliederungshilfe und Teilhabe, Jugendamt, Mobile Dienste, Leistungserbringer) zugänglich gemacht werden können.

Ort, Datum

Unterschrift/en (von allen Sorgeberechtigten)

Ort, Datum

Unterschrift/en (von allen Sorgeberechtigten)