

Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern im Vorschulalter nach dem Sechsten Kapitel Sozialgesetzbuch, 12. Buch (SGB XII)



Antrag auf Integration nach § 54 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII Integrative Erziehung im Regelkindergarten

unser Kind ist behindert. Hierdurch ist die Teilhabe im Kindergarten eingeschränkt.
Die o.g. Leistungen der Eingliederung werden daher beantragt.

unser Kind ist von Behinderung bedroht. Hierdurch ist die Teilhabe im Kindergarten eingeschränkt.
Die o.g. Leistungen der Eingliederungshilfe werden daher beantragt.

Persönliche Angaben Kind		
Name, Vorname	Geburtsort	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit		
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
Behandelnder Kinderarzt	Familierversicherung:	
Kindergarten / -tagesstätte	bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	

Persönliche Angaben Eltern			
Vater		Mutter	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Geburtsort	Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit		Staatsangehörigkeit	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		Adressen (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
E-Mail:		E-Mail:	
Tel.-Nr./Handy-Nr.:		Tel.-Nr./Handy-Nr.:	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getr. Lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getr. Lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert		Krankenversicherung <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	
Krankenkasse (Name): _____		Krankenkasse (Name): _____	
Mitgliedsnummer: _____		Mitgliedsnummer: _____	
Ort, Datum		Unterschrift(en) der Eltern bzw. Personensorgeberechtigten	

Erklärung

Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund §§ 60 ff Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I) erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen sowie etwaiger Ansprüche gegenüber Drittverpflichteten benötigt. Bei fehlender Mitwirkung Ihrerseits kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Es wird das Einverständnis erklärt, dass die Unterlagen/Berichte zuständiger Stellen (z.B. behandelnder Arzt, Sozialpädiatrische Zentren, Gesundheitsamt, Kranken-/Pflegekasse, Kindertageseinrichtung, o.ä.) zur Prüfung des Antrags innerhalb des Amtes und mit dem Landratsamt Konstanz, Gesundheitsamt, ausgetauscht werden dürfen, die notwendigen Auskünfte erteilt, und damit personenbezogene Daten offengelegt werden dürfen.

Jede Änderung der persönlichen Verhältnisse, insbesondere des Aufenthaltsverhältnisses unseres/meines Kindes, wird unaufgefordert und unverzüglich dem städtischen Sozial- und Jugendamt Konstanz, Abteilung Sozialhilfe, sonstige soziale Leistungen und zentrale Dienste mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der Eltern bzw.
Personensorgeberechtigten

Hinweis

In der Regel sind bei Behinderungen oder drohenden Behinderungen bereits medizinische Untersuchungen durchgeführt worden. Meist wurden auch schon therapeutische Hilfeleistungen (Ergotherapie/Logopädie/Heilpädagogik, o.a.) eingeleitet.

Bitte legen Sie Ihrem Antrag daher nachfolgende Unterlagen in Kopie bei:

- vorhandene Untersuchungsberichte, aus denen die Behinderung bzw. die drohende Behinderung des Kindes hervorgeht
- ggfl. vorhandene Berichte von begleitenden, therapeutischen Hilfeleistungen
- Bericht der Kindertageseinrichtung zum Antrag auf Integrationsleistungen

zurück an:

Stadt Konstanz
Sozial- u. Jugendamt
Abteilung Sozialhilfe, sonstige soziale Leistungen
und zentrale Dienste - SG2
Benediktinerplatz 2
78467 Konstanz