

Antrag auf Leistungen nach dem zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53, 54 SGB XII -

Absender:

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	

Landkreis Cloppenburg
 50 – Sozialamt
 50.4 – Eingliederungshilfe
 Eschstraße 29
 49661 Cloppenburg

Ich / Wir beantragen für mein / unser Kind

Familienname		Vorname
Straße, PLZ, Ort		Unter dieser Anschrift wohnhaft seit
Vorherige Anschrift		Dort wohnhaft gewesen von ... bis ...
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Geschlecht	Wohnverhältnisse	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei	
Krankenversicherungsschutz besteht bei (Name und Anschrift)		

die Übernahme der Kosten für eine Integrationshilfe für den allgemeinen Schulbesuch

Unser Kind soll ab dem _____ die nachstehende Schule besuchen:

Bezeichnung:	
Anschrift:	
Telefon:	
Anmeldung	<input type="checkbox"/> ist bereits erfolgt <input type="checkbox"/> ist noch nicht erfolgt

und benötigt während des Schulbesuches bzw. bei der Beförderung dorthin **nachstehende konkrete Unterstützung** durch eine Integrationshilfe:

Wurde durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bereits ein Gutachten hinsichtlich einer eventuellen Pflegebedürftigkeit Ihres Kindes erstellt?

Nein

Ja, und zwar am _____.

Hierbei wurde festgestellt, dass

kein Pflegegrad vorliegt.

Pflegebedürftigkeit nach **Pflegegrad I** vorliegt.

Pflegebedürftigkeit nach **Pflegegrad II** vorliegt.

Pflegebedürftigkeit nach **Pflegegrad III** vorliegt.

Pflegebedürftigkeit nach **Pflegegrad IV** vorliegt.

Pflegebedürftigkeit nach **Pflegegrad V** vorliegt

Das Gutachten ist diesem Antrag beigelegt.

Besitzt Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

Nein

Ja, und zwar mit einem GdB in Höhe von _____ und den Merkzeichen

G aG BI H B GI TBI RF EB VB

Ein Schwerbehindertenausweis liegt noch nicht vor, wurde aber beantragt am _____.

Ist die Behinderung auf ein schädigendes Ereignis zurückzuführen?

Nein

Ja, nämlich _____

Ist Ihrer Kenntnis nach ein Verschulden Dritter gegeben?

Nein Ja, nämlich _____

Ist dieses Verschulden anerkannt oder gerichtlich festgestellt worden?

Nein Ja, durch _____

Sind aufgrund dieses Verschuldens Ansprüche geltend gemacht worden?

Nein Ja,

Wurden oder werden aufgrund dieser Ansprüche Zahlungen geleistet?

Nein Ja, seit _____ (ggf. bis _____) In Höhe von _____

Welche Personen leben in Ihrem Haushalt?					
Name	Vorname	geb. am	Familien- stand	Verwandschafts- verhältnis	Beruf / Tätigkeit

Soweit Ihnen Arztberichte, Berichte der Schule, Gutachten o.Ä. vorliegen, welche dem Sozialamt bzw. dem Gesundheitsamt noch nicht bekannt sind, für diesen Antrag aber erheblich sein können, fügen Sie diese bitte in Kopie (oder deutlich als Original gekennzeichnet) bei.

Mir / Uns liegen keine solchen Unterlagen vor.

Mir / uns ist bekannt, dass gemäß §§ 60 ff. SGB I jede Änderung der Einkommens-, Familien- und Vermögensverhältnisse sowie auch jeden Wohnortwechsel unverzüglich dem Sozialamt mitzuteilen ist.

Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)
------------	---

Absender:

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass sich der Landkreis Cloppenburg im Rahmen des Antrages auf Kostenübernahme für einen Integrationshelfer für unser Kind _____, geboren am _____ mit der aufnehmenden Schule in Verbindung setzt und hinsichtlich des Förderbedarfs eine inhaltliche Abklärung erfolgt.

Die aufnehmende Schule ist:

(Ort, Datum, Unterschrift der Eltern/eines Elternteils)