

Absender:

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

**Antrag auf Leistungen der
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Kinder)**

für folgende Einrichtung

Name und Anschrift der Einrichtung

- Heilpädagogischer Kindergarten
- Sprachheilkindergarten
- Integrative Gruppe/Einzelintegration
- Tagesbildungsstätte
- Förderschule - Schwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung

Hilfesuchende/r (Kind)

| | | |
|---|--|---------------------|
| Familienname | | Vorname |
| Straße, PLZ, Ort | | Telefon-Nr. |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Staatsangehörigkeit |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | Wohnverhältnisse <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei | |
| Krankenversicherungsschutz besteht bei (Name und Anschrift) | | |

Persönliche Verhältnisse der mit dem Hilfesuchenden im selben Haushalt lebenden Personen

| | Name, ggf. Geburtsname, Vorname (Eltern, Geschwister, u.a.) | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit | Familienstand | Verwandtschaftsverhältnis | Tätigkeit/Beruf (z.B. Schüler, o.ä.) |
|----|---|--------------|---------------------|---------------|---------------------------|--------------------------------------|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |

Weitere Familienangehörige bitte auf einem gesonderten Blatt erfassen

Ist nach Ihrer Kenntnis oder Auffassung die Behinderung des Hilfesuchenden auf das Verschulden Dritter zurückzuführen und hat es aus diesem Grunde evtl. Ansprüche gegen Dritte z. B. aus Unfall, nach dem Opferentschädigungsgesetz, nach dem Bundesseuchengesetz (z. B. bei Impfschäden) oder aus einem anderen Rechtsgrund gegeben? *(Bitte diese Ansprüche auch dann angeben, wenn die Leistungen hieraus bereits in früherer Zeit erfolgt sind!)*

Seit wann leben Sie im Bereich des Landkreises Cloppenburg *(bitte möglichst genau Datum angeben)* bzw. bei Zuzug – wo haben Sie vorher gewohnt und wie lange?

Seit _____ im Landkreis Cloppenburg

Vorher _____

Wird Ihr Kind am Mittagessen teilnehmen (sofern dieser angeboten wird)?

Ja, ab Aufnahme Ja, ab _____ Nein

Durch den Aufenthalt Ihres Kindes in der vorgenannten Einrichtungen sparen Sie Aufwendungen für den häuslichen Lebensunterhalt ein, da Ihr Kind dort an der Verpflegung teilnimmt. Ich weise darauf hin, dass Sie in Höhe dieser Einsparungen einen Kostenbeitrag zu leisten haben.

Wie lautet Ihre Bankverbindung (Name der Bank, IBAN, BIC, Kontoinhaber)?
(Diese Angaben werden evtl. für spätere Kostenbeitragserrstattungen benötigt.)

| | |
|----------------|--------------|
| Kreditinstitut | Kontoinhaber |
| IBAN | BIC |

Haben Sie einen Anspruch auf Leistungen zur Bildung und Teilhabe (SGB II-Leistungen vom Jobcenter, Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII, Wohngeld oder Kinderzuschlag)?

Ja, folgende Leistungen: _____

Bitte legen Sie unbedingt den aktuellen Leistungsnachweis vor. Sofern Sie eine dieser Leistungen erhalten, sind Sie von dem Kostenbeitrag befreit. Die Befreiung gilt nur bei Vorlage des aktuellen Leistungsbescheides.

Nein

Mir ist bekannt, dass ich gem. §§ 60 ff Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unaufgefordert und unverzüglich dem Sozialamt mitteilen muss. Ebenso bin ich verpflichtet, jeden Wohnungswechsel dem Sozialamt, soweit möglich, vorher zu melden.

| | |
|------------|---|
| Ort, Datum | Unterschrift der gesetzlichen Vertreter |
|------------|---|

Hinweis:

Wenn Ihr Kind im Sommer dieses Jahres bereits schulpflichtig wird, bitte ich um Hergabe des Bescheides/ der Bescheinigung der zuständigen Grundschule /Landesschulbehörde über Zurückstellung bzw. Einschulung. Dies ist für die Prüfung Ihres Antrages Voraussetzung.