

**Antrag auf Gewährung von Leistungen nach Kapitel 9 (SGB)
Eingliederungshilfe gemäß § 112 Sozialgesetzbuch IX (ab 01.01.2020)**

Hilfe zur angemessenen Schulbildung

Antragsteller (Kind):

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

Straße, Hausnummer

Schuljahr: _____

1. Schulbesuch

Besucht die Schule: _____ **oder**

soll zum _____

in der Schule: _____

aufgenommen werden.

2. Hortbesuch

Besucht das Kind den Hort? Ja Nein

Wird für den Hortbesuch ein Einzelfallhelfer benötigt? Ja Nein

Wenn ja, warum?

Mein Kind besucht den Hort in der Zeit von _____ bis _____ Uhr mit wöchentlich _____ Stunden.

Der Hortbesuch ist vorgesehen ab _____.

3. Persönliche Angaben der Eltern/ Vormund oder Pfleger

	Vater	Mutter
Name:		
Vorname:		
Familienstand:		
Geburtsdatum:		
Staatsangeh.:		
Wohnort:		
Straße, Hausnummer:		
Telefonnummer:		
Krankenkasse:		
Sorgeberechtigter:	Ja ()	Ja ()
Amtsvormund/ Pfleger (Anschrift, Telefonnummer und Nachweis anfügen)		

4. Pflegegeld/zusätzliche Betreuungsleistungen der Pflegekasse

4.1 Für mein Kind erhalte ich Pflegegeld:

ja: nein:

Pflegegrad I () II () III ()

Für mein Kind habe ich Pflegegeld beantragt

ja: Beantragung vom _____

nein:

4.2 Für mein Kind erhalte ich zusätzliche Betreuungsleistungen

ja Höhe: _____ €

nein:

Für mein Kind habe ich zusätzliche Betreuungsleistungen beantragt

ja: Beantragung vom _____ bei

nein: Pflegekasse _____

5. Antragsbegründung

Warum benötigt Ihr Kind aus Ihrer Sicht während der Schulzeit eine Unterstützung?

Bitte eine ausführliche Begründung für die Antragsstellung geben:

Welche konkreten (nicht – pädagogischen) Aufgaben sollen durch den Einzelfallhelfer übernommen werden?

6. Welche Beeinträchtigung liegt bei Ihrem Kind vor?

6.1. Liegt eine geistige Behinderung vor? Ja Nein

Gibt es zu beachtende Besonderheiten? Wenn ja, welche?

Gibt es weitere Beeinträchtigungen? Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind tagsüber Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche und zu welchen Zeiten (Zeitpunkt der Einnahme)?

6.2. Liegt eine körperliche Behinderung vor? Ja Nein

Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel? Ja Nein

Wenn Ja, welches?

Rollstuhl

Orthesen

Gehhilfen

Hörgeräte

Sehhilfen:.....

Sonstiges:.....

Gibt es zu beachtende Besonderheiten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es weitere Beeinträchtigungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind tagsüber Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche und zu welchen Zeiten (Zeitpunkt der Einnahme)?

6.3. Liegt eine chronische Erkrankung vor (bitte nachfolgend ankreuzen)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Diabetes Mellitus

⇒ Trägt Ihr Kind eine Insulinpumpe? Ja Nein

⇒ Ist Ihr Kind in der Lage selbständig Blutzucker zu messen? Ja Nein

⇒ Ist Ihr Kind in der Lage selbständig benötigte Insulineinheiten (IE) zu berechnen und zu injizieren? Ja Nein

⇒ Ist Ihr Kind in der Lage selbständig die Menge der Broteinheiten (BE) zu berechnen?
 Ja Nein

⇒ Kommt ein Pflegedienst in die Schule? Ja Nein

Wenn ja, wie oft und in welchen zeitlichen Abständen:

Zeiten:
Zeitliche Abstände:

Epilepsie (zwingend einen Anfallskalender beifügen!)

⇒ Wann treten die epileptischen Anfälle bei Ihrem Kind vorrangig auf?

⇒ Welche Art von Anfällen hat Ihr Kind vorrangig (Grand Mal, Absenzen...)

⇒ Hat Ihr Kind eine Notfallmedikation? Wenn ja, welche Medikation wird in welchem Bedarfsfall eingesetzt (welche Indikation für den Einsatz der Notfallmedikation muss vorliegen – ärztliches Attest beilegen)?

⇒ Nimmt Ihr Kind tagsüber Medikamente ein? Ja nein

Wenn ja, welche?

Bitte legen Sie dem Antrag unbedingt einen Anfallskalender bei!

sonstige chronische Erkrankung (beispielsweise onkologische Erkrankung):

Welche Erkrankung liegt vor:.....

Gibt es zu beachtende Besonderheiten? Wenn ja, welche?

Gibt es weitere Beeinträchtigungen? Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind tagsüber Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche und zu welchen Zeiten?

7. notwendige Unterlagen:

Bitte fügen Sie dem Antrag, sofern schon vorhanden, folgende Unterlagen als Kopien bei:

- Förderausschussprotokoll der Schule – bitte bei der Schule anfordern
- Sonderpädagogische Einschätzung der Schule – bitte bei der Schule anfordern
- Bildungsempfehlung vom zuständigen Schulamt
- Kopie des Hortvertrages
- Bescheid der Pflegekasse über die Gewährung eines Pflegegrades
- Gutachten des Medizinischen Dienst der Krankenkasse – sofern nicht vorhanden bei der Pflegekasse anfordern
- Bescheid über die Gewährung von zusätzlichen Betreuungsleistungen von der Pflegekasse
- Bescheid des Schwerbeschädigtenausweises bzw. Kopie vom Schwerbeschädigtenausweis
- aktueller Stundenplan
- Information über die Gewährung anderer Leistungen (z. B. Übernahme von Fahrkosten) vom Schulverwaltungsamt
- Aktuelle ärztliche Befunde, Epikrisen usw. die Auskunft über den notwendigen Bedarf geben

8. Träger

Sollte es nach sorgfältiger Prüfung Ihres Antrages zum Einsatz eines Einzelfallhelfers kommen, so setzt das Sozialamt einen Träger ein, der die Einzelfallhilfe stellt.

Folgende Träger beauftragt das Sozialamt vorrangig:

- Verein für Jugendhilfe und Sozialarbeit (JuseV) Fürstenwalde
- Gemeinnützige ambulante Dienste (Lebenshilfe) Fürstenwalde
- s.i.b. Integrationsassistenz Müllrose: Schwerpunkt Autismus
- Neverland gGmbH Potsdam
- Freie Heilpädagogische Praxis- Diana Schwab Neuenhagen
- Lebenshilfe Eisenhüttenstadt (Raum Eisenhüttenstadt)

Bevorzugen Sie einen dieser Träger?

Wenn ja, welchen?.....

Wenn nicht, sind Sie damit einverstanden, dass das Sozialamt bezüglich eines Trägers entscheidet?

Ja Nein

Geben Sie Ihr Einverständnis zur Weitergabe persönlicher Daten an den Träger, wie beispielsweise Diagnosen und Ihre Kontaktdaten? (Dies ermöglicht dem jeweiligen Träger einen passenden Einzelfallhelfer zu suchen und persönlich Kontakt zu Ihnen aufzunehmen)

Ja Nein

Nur vollständig ausgefüllte Anträge mit den dazugehörigen Unterlagen können bearbeitet werden. Bitte reichen Sie noch nicht vorliegende Unterlagen sofort nach Erhalt nach.

Erklärung:

Ich versichere, dass die gesamten Angaben vollständig und wahr sind. Das Merkblatt (Anlage 1) habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erlangte Leistungen zurück erstatten muss. Über meine Mitwirkungspflicht und Folgen fehlender Mitwirkungen wurde ich belehrt.

....., den

Ort und Datum

Unterschrift Eltern (Sorgeberechtigten)/gesetzliche Vertreter

Landkreis Oder-Spree
- Der Landrat –
Sozialamt, Amt 50/4
Liebknechtstraße 21/22
15848 Beeskow

Anlage zum Antrag auf Eingliederungshilfe gemäß §112 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX ab 01.01.2020)

Teilhabe an Bildung

Einverständniserklärung

Daten des Antragstellers (Kind):

.....
Name, Vorname

geb. am

.....
Straße , Hausnummer

.....
Wohnort

Hiermit erkläre ich mich einverstanden,

dass sich das Sozialamt des Landkreises Oder-Spree als zuständiger Träger der Eingliederungshilfe, Gutachten vom Amtsarzt oder weitere ärztliche Unterlagen bzw. Informationen der behandelnden Ärzte anfordern kann, welche für die Gewährung der Hilfen nach §112 Sozialgesetzbuch IX notwendig sind.

Ebenso notwendige Auskünfte bei Ämtern, Schulen und Einrichtungen abzurufen / zu erteilen, die im Zusammenhang mit der o. a. Hilfestellung nach §112 SGB IX stehen.

.....
Datum

.....
Unterschrift
(Sorgeberechtigte / gesetzlicher Vertreter)

