



Antrag auf Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII

Eingang im Jugendamt am (Stempel):

Name, Vorname des Kindes		<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen	<input type="checkbox"/> Divers	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort			Staatsangehörigkeit	
<input type="checkbox"/> Dieser Aufenthalt ist bei Pflegeeltern / Heimeinrichtung				
Aufenthalt des minderjährigen Kindes in den letzten sechs Monaten vor Antragsstellung:				
Anschrift der Schule/Internat				
Krankenversichert durch <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige:		Name der Krankenkasse		
Anschrift der Krankenkasse		Versicherungsnummer der Krankenkasse		
Personensorgeberechtigte <input type="checkbox"/> Beide Elternteile <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige/Vormund:				
Bei Kindern nicht verheirateter Eltern: Vaterschaft <input type="checkbox"/> ist nicht festgestellt <input type="checkbox"/> ist festgestellt				
Name, Vorname des Vaters		Name, Vorname der Mutter		
Straße, Haus-Nr.		Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Wohnort		PLZ, Wohnort		
Festnetz Mobil		Festnetz Mobil		
E-Mail		E-Mail		



Ich bin über den Inhalt des §35a SGB VIII informiert worden. Mir ist bekannt, dass die Gewährung der Hilfe auch von meiner Mitarbeit abhängt. Ich bin damit einverstanden, dass im Hilfeverfahren unter meiner Teilnahme zwischen den Beteiligten ein Hilfeplan zu den Zielen der Maßnahme erarbeitet wird. Ich verpflichte mich, die darin getroffenen Absprachen einzuhalten und jeden Wechsel meiner Wohnung sofort mitzuteilen.

Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter des Kindes

Nur ausfüllen, wenn zutreffend:

Vollmacht des nicht anwesenden Elternteils beim gemeinsamen Sorgerecht

Name des Kindes

Geburtsdatum

Ich bevollmächtige die Mutter/den Vater des Kindes einen Antrag zur Erbringung einer Hilfeleistung gemäß §35a SGB VIII (Eingliederungshilfe) beim Jugendamt des Landkreises Oder Spree zu stellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Entscheidung des/der Kostenträger über den Antrag dem Bevollmächtigten übermittelt wird. Der Bevollmächtigte verpflichtet sich, dem anderen Sorgeberechtigten Auskunft zur Durchführung der Hilfe zu geben

Ort, Datum

Unterschrift