

Antrag auf Weiterbewilligung der Leistungen zur Frühförderung von Kindern

(gemäß § 113 SGB IX i.V.m. § 79 SGB IX)

Bitte zurücksenden an:

Landkreis Oder-Spree
Sozialamt - Eingliederungshilfe/Frühförderung
Breitscheidstraße 7
15848 Beeskow

Eingangsstempel Sozialamt

Wir/ich beantrage/(n) für unser/mein Kind die **Weiterbewilligung** der Übernahme der Kosten für eine Frühförderung.

mobile/ambulante Frühförderung

I-Kita

Einzelintegration in R-Kita

Persönliche Angaben Kind

Name, Vorname:

Anschrift:

(Str./ Hausnr./ PLZ/ Ort)

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geburtsname:

Warum benötigt aus Ihrer Sicht das Kind **weiterhin** eine Frühförderung?

Haben sich Änderungen in Bezug auf die Daten aus dem Erstantrag ergeben?

Ja **Nein** Wenn **Ja**, dann bitte betreffendes neu ausfüllen, ggf. **kurz** beschreiben:

Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.
(Bitte ankreuzen wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt)

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern

(Sorgeberechtigten / gesetzlichen Vertreter)

Änderungen bei den persönlichen Angaben

Ja , dann bitte neu ausfüllen

Nein

Eltern	Vater	Mutter
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Staatsangehörigkeit: (ggf. Aufenthaltsstatus)		
Asylbewerber:	Ja Nein	Ja Nein
Familienstand		
Anschrift: (wenn abweichend vom Kind)		
Telefonnummer:		
Krankenkasse:		
Sorgeberechtigt	Ja Nein	Ja Nein
ggf.: Amtsvormund/ Pfleger (Nachweis, Adresse, Tel.)		

Änderungen bei dem Pflegegeld / den zusätzlichen Betreuungsleistungen

Ja , dann bitte neu ausfüllen

Nein

Pflegegeld/zusätzliche Betreuungsleistung							
Für mein Kind erhalte ich Pflegegeld:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Pflegegrade:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td style="text-align: center;">II III IV V</td> </tr> </table>	Ja	Nein	Pflegegrade:		I	II III IV V
Ja	Nein						
Pflegegrade:							
I	II III IV V						
Für mein Kind habe ich Pflegegeld beantragt:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beantragung vom _____</td> </tr> </table>	Ja	Nein	Beantragung vom _____			
Ja	Nein						
Beantragung vom _____							
Für mein Kind erhalte ich zusätzliche Betreuungsleistungen:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Höhe: _____ €</td> </tr> </table>	Ja	Nein	Höhe: _____ €			
Ja	Nein						
Höhe: _____ €							
Für mein Kind habe ich zusätzliche Betreuungsleistungen beantragt:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> <tr> <td colspan="2">am _____ beantragt, bei: _____</td> </tr> </table>	Ja	Nein	am _____ beantragt, bei: _____			
Ja	Nein						
am _____ beantragt, bei: _____							

Änderungen bei der Beeinträchtigung des Kindes

Ja , dann bitte neu ausfüllen

Nein

Welche Beeinträchtigung liegt bei ihrem Kind vor?	
Liegt eine <u>körperliche Behinderung</u> vor?	Ja Nein
Wenn ja, welche?	
Liegt eine <u>chronische Erkrankung</u> vor?	Ja Nein
Wenn ja, welche?	
Sonstige Beeinträchtigung bzw. vorliegende Befunde:	

Änderungen in der ärztlichen Behandlung

Ja , dann bitte im Anhang die Übersicht der ärztlichen Behandlungen neu ausfüllen

Nein

Ich habe alle aktuellen Befunde (medizinisch, Therapeutisch) beigelegt

Ich habe keine weiteren ärztlichen Befunde

Nur vollständig ausgefüllte Anträge mit den dazugehörigen Unterlagen können bearbeitet werden. Sollten einige oder alle der benötigten Unterlagen noch nicht vorliegen, so reichen Sie diese bitte sofort nach Erhalt nach.

Erklärung

Ich versichere, dass die gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 StGB) und zu Unrecht erlangte Leistungen zurückerstatten muss. Über meine Mitwirkungspflicht und Folgen fehlender Mitwirkung wurde ich belehrt.

Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.
(Bitte ankreuzen wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt)

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern

(Sorgeberechtigten / gesetzlichen Vertreter)

Anlagen:

- Übersicht ärztlicher Behandlung
- ggf. vorhandene Stellungnahmen / Untersuchungsergebnisse (z.B. Kinderarzt, SPZ usw.)
- ggf. weitere Unterlagen

Übersicht ärztlicher Behandlung

Für die Prüfung Ihres Antrages auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 113 SGB IX i.V.m. § 79 SGB IX sind die nachfolgenden Informationen notwendig. Bitte füllen Sie daher das Formblatt vollständig aus und legen die entsprechenden Unterlagen als Kopie bei.

Angaben Kind:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Das Kind befindet sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung aufgrund folgender Erkrankungen:

1. Kinderarzt

Praxis _____

Anschrift _____

Telefon _____

regelmäßige Behandlung

unregelmäßige Behandlung

2. Fachärzte/ Therapeuten (SPZ, Psychologe, PIA, Neurologen, Ergo- o. Logotherapeut)

Praxis _____

Anschrift _____

Telefon _____

regelmäßige Behandlung

unregelmäßige Behandlung

Praxis _____

Anschrift _____

Telefon _____

regelmäßige Behandlung

unregelmäßige Behandlung

Praxis _____

Anschrift _____

Telefon _____

regelmäßige Behandlung

unregelmäßige Behandlung

