

Antrag auf Weiterbewilligung der Leistungen zur Frühförderung von Kindern

§ 113 in Verbindung mit § 79 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch



Wir beantragen für unser Kind die **Weiterbewilligung** der Kostenübernahme für eine Frühförderung im Rahmen der folgenden Maßnahmen:

- mobile beziehungsweise ambulante Frühförderung
- Integrationskindertagesstätte
- Einzelintegration in einer Regelkindertagesstätte
- Einzelfallhelfer

1. Persönliche Angaben des Kindes

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Aktenzeichen: _____

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

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

Nein Ja Wenn **Ja**, dann bitte betreffendes neu ausfüllen und gegebenenfalls **kurz** beschreiben.

Mit meiner Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt. Bitte nur Ja ankreuzen, wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt.

Nein Ja

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Eltern, Sorgeberechtigter oder
gesetzlicher Vertreter

2. Änderungen bei den persönlichen Angaben

Haben sich Änderungen ergeben?

Nein Ja Wenn **Ja**, dann bitte neu ausfüllen.

	Vater	Mutter
Name und Vorname		
Geburtsdatum		
Staatangehörigkeit und Aufenthaltsstatus		
Asylbewerber	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Familienstand		
Anschrift, wenn vom Kind abweichend		
Telefonnummer		
Krankenkasse		
Sorgeberechtigt	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Amtsvormund oder Pfleger mit Adresse, Telefonnummer und Nachweis		

3. Änderungen beim Pflegegeld und den zusätzlichen Betreuungsleistungen

Haben sich Änderungen ergeben?

Nein Ja Wenn **Ja**, dann bitte neu ausfüllen.

Für mein Kind erhalte ich Pflegegeld. Nein Ja

Aktueller Pflegegrad: _____

Für mein Kind habe ich Pflegegeld beantragt. Nein Ja

Datum der Beantragung: _____

Für mein Kind erhalte ich zusätzliche Betreuungsleistungen. Nein Ja

Höhe der Betreuungsleistungen: _____ Euro

Für mein Kind habe ich zusätzliche Betreuungsleistungen beantragt. Nein Ja

Datum der Antragstellung: _____

Wo wurde der Antrag gestellt? _____

4. Änderungen bei der Beeinträchtigung des Kindes

Haben sich Änderungen ergeben?

Nein Ja Wenn **Ja**, dann bitte neu ausfüllen.

Liegt eine körperliche Behinderung vor? Nein Ja

Wenn ja, Art der Behinderung: _____

Liegt eine chronische Behinderung vor? Nein Ja

Wenn ja, Art der Behinderung: _____

Liegen sonstige Beeinträchtigungen oder Befunde vor? Nein Ja

Wenn ja, welcher Art? _____

5. Änderungen in der ärztlichen Behandlung

Haben sich Änderungen ergeben?

Nein Ja Wenn **Ja**, dann bitte die im Anhang befindliche Übersicht über die ärztlichen Behandlungen neu ausfüllen.

Ich habe alle aktuellen medizinischen und therapeutischen Befunde 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.

6. Erklärung

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

Mit meiner Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt. Bitte nur Ja ankreuzen, wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt.

Nein Ja

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Eltern, Sorgeberechtigter oder
gesetzlicher Vertreter

Übersicht über ärztliche Behandlungen

Für die Prüfung Ihres Antrages auf Leistungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch sind die nachfolgenden Informationen notwendig. Bitte füllen Sie daher das Formblatt aus und legen die entsprechenden Unterlagen als Kopie bei.

1. Angaben zum Kind

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aufgrund der nachfolgenden Erkrankungen befindet sich das Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung:

2. Angaben zum Kinderarzt

Praxis _____

Anschrift _____

Telefon _____

Behandlung regelmäßig unregelmäßig

3. Fachärzte und Therapeuten, beispielsweise Sozialpädiatrisches Zentrum, Neurologen, Psychologen, PIA, Ergo- oder Logotherapeuten

Praxis _____

Anschrift _____

Telefon _____

Erkrankung _____

Behandlung regelmäßig unregelmäßig

Praxis _____

Anschrift _____

Telefon _____

Erkrankung _____

Behandlung regelmäßig unregelmäßig

Praxis _____

Anschrift _____

Telefon _____

Erkrankung _____

Behandlung regelmäßig unregelmäßig

4. Klinikaufenthalte, bitte fügen Sie die jeweiligen Entlassungsberichte bei

Klinik und Station _____

Anschrift _____

Telefon _____

Zeitraum _____

Behandlungsgrund _____

Klinik und Station _____

Anschrift _____

Telefon _____

Zeitraum _____

Behandlungsgrund _____

5. Begutachtung anderer Leistungsträger, beispielsweise Kranken- und Pflegekassen, Rententräger, Agentur für Arbeit, Jobcenter oder Versicherungen

Eine Begutachtung liegt vor ist nicht erfolgt ist geplant

Leistungsträger _____

Zeitpunkt _____

Bitte fügen Sie das Gutachten bei.

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass die Angaben und beigefügten Unterlagen vollständig und richtig sind.

Mit meiner Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt. Bitte nur Ja ankreuzen, wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt.

Nein Ja

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Eltern, Sorgeberechtigter oder
gesetzlicher Vertreter