

Stellungnahme des Jugendamtes

Beantragtes Kind _____
Antragsdatum _____

Ansprechpartner/in _____
Telefon und eMail _____

Bei anderer als deutscher Staatsangehörigkeit

- Der/die Sorgeberechtigte/n hält/halten sich mit dem Kind rechtmäßig
- seit dem _____
- befristet bis zum _____
- unbefristet
- in der BRD auf.
- Der/die Sorgeberechtigte/n hält/halten sich mit dem Kind nicht rechtmäßig in der BRD auf.
- Der/die Sorgeberechtigte/n sind nicht zur Erlangung von Sozialhilfe eingereist.
- Der/die Sorgeberechtigte/n sind zur Erlangung von Sozialhilfe eingereist.
Anhaltspunkte hierfür bitte auf einem Beiblatt darstellen.
- Der/die Sorgeberechtigte/n und das Kind beziehen seit insgesamt _____ Monaten Leistungen nach § 3 AsylbLG.

Bei einem Pflegekind

Der sozialhilferechtlich gewöhnliche Aufenthalt des Kindes war vor Aufnahme in die Pflegefamilie bei der/dem/den Sorgeberechtigten in _____

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Antrag
auf Kostenübernahme für einen Platz
in einer Heilpädagogischen Kindertageseinrichtung (§§ 53 SGB XII)

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Eingliederungshilfe entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und Ihr Kind benötigt. **Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und vollständig auszufüllen.** Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 6 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift zu bestätigen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch-Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden

Ausgewählte Heilpädagogische Kindertageseinrichtung

HPK
Name _____
Anschrift _____

Allgemeine Angaben zum Kind und seinen Eltern

Kind
Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Geschlecht _____
Anschrift _____

Mutter
Name, Vorname _____
Anschrift _____
Telefon (freiwillig) _____

Vater
Name, Vorname _____
Anschrift _____
Telefon (freiwillig) _____

Pflegeeltern
Mutter _____
Vater _____
Anschrift _____
Telefon (freiwillig) _____

Vormund
Anschrift _____
Telefon (freiwillig) _____

Beantragte Leistung

Ich/wir beantrage/n ab dem _____ folgende Leistungen

wöchentliche Betreuungszeit von 30 – 35 Stunden

wöchentliche Betreuungszeit von 45 Stunden

Die Beantragung von 45 Wochenstunden begründe/n ich/wir wie folgt

Berufstätigkeit der Mutter/Pflegemutter

Regelmäßige tägliche Arbeitszeit von _____ Uhr bis _____ Uhr

Arbeitsstätte _____

Entfernung zwischen Kindertageseinrichtung und Arbeitsstätte in km _____

Fahrzeit eines Weges in Minuten _____

Berufstätigkeit des Vaters/Pflegevaters

Regelmäßige tägliche Arbeitszeit von _____ Uhr bis _____ Uhr

Arbeitsstätte _____

Entfernung zwischen Kindertageseinrichtung und Arbeitsstätte in km _____

Fahrzeit eines Weges in Minuten _____

Berufstätigkeit sonstiger Sorgeberechtigter _____

Regelmäßige tägliche Arbeitszeit von _____ Uhr bis _____ Uhr

Arbeitsstätte _____

Entfernung zwischen Kindertageseinrichtung und Arbeitsstätte in km _____

Fahrzeit eines Weges in Minuten _____

In allen Fällen ist diesem Antrag eine Bescheinigung des/der Arbeitsgeber/s beizufügen.

Sonstige Gründe, die es mir/uns unmöglich machen, das Kind nachmittags selbst zu betreuen

Fahrtkosten der bei einer 45stündigen Betreuung nachmittäglich späteren Abholung aus der Heilpädagogischen Kindertageseinrichtung können nur übernommen werden, wenn den Sorgeberechtigten die Abholung ihres Kindes aus behinderungsbedingten Gründen nicht zugemutet werden kann oder anderenfalls eine unbillige Härte entstehen würde.

Die Abholung des Kindes wird von mir/uns selbst erledigt.

Ich/wir beantrage/n die Fahrtkostenübernahme für die Abholung aus folgendem Grund

Staatsangehörigkeit des Kindes

Die beantragte Sozialhilfe kann Ausländerinnen und Ausländern geleistet werden, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist. Die Kenntnis der Staatsangehörigkeit des Kindes ist daher unerlässlich.

Deutsche Staatsangehörigkeit

Andere Staatsangehörigkeit, und zwar _____

Aufenthaltsstatus des Kindes

Bitte angeben, sofern keine deutsche oder EU-Staatsangehörigkeit besteht.
Die Kenntnis des Aufenthaltsstatus ist wichtig zur Feststellung von Ansprüchen.

Anerkannter Flüchtling

Asylbewerber/in

Sonstiger Aufenthaltsstatus, und zwar _____

Eine Kopie des aktuellen Aufenthaltstitels der Ausländerbehörde ist diesem Antrag beizufügen.

Ursache der Behinderung des Kindes

zur Prüfung von Regressansprüchen.

Sollte die Behinderung durch ein Fremdverschulden eingetreten sein, so ist der Schädiger zum Ersatz der Aufwendungen verpflichtet bzw. es besteht ein Anspruch nach anderen Leistungsgesetzen.

Schädigung ohne Fremdeinwirkung, z. B. als Folge einer Erkrankung

Schädigung durch einen Arzt- oder Hebammenfehler

Schädigung durch einen (Verkehrs-)Unfall

Schädigung als Folge eines Impfschadens

Schädigung durch einen vorsätzlichen Angriff

Ursache der Schädigung ist nicht bekannt

Regressansprüche aufgrund der Behinderung des Kindes

Bestehen oder bestanden Ansprüche gegen einen Schädiger, eine Versicherung oder beim Versorgungsamt?
Wird oder wurde ein Rechtsstreit wegen der Entstehung der Behinderung geführt?

Nein, es bestehen und bestanden weder solche Ansprüche noch Forderungen.

Ja, es bestehen oder bestanden solche Ansprüche oder Forderungen gegen

Name _____

Anschrift _____

Versicherung/Versorgungsamt _____

Versicherungsnummer, Aktenzeichen _____

Im Falle von mehreren Schädigern fügen Sie diesem Antrag bitte eine Aufstellung der Namen, Anschriften und Versicherungsangaben bei.

Beihilfeansprüche

Sozialhilfe erhält nicht, wer die Leistung auch von Trägern anderer Sozialleistungen erhalten kann. Die Beihilfe ist eine Leistung, die vorrangig einzusetzen ist. Der Sozialhilfeträger wird einen eventuellen Beihilfeanspruch bei der beihilfegewährenden Stelle geltend machen.

Mutter

Mein Kind ist über mich als Beamtin oder Versorgungsempfängerin des Bundes, des Landes, einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes, der Deutschen Bahn AG, der Deutschen Post AG, der katholischen oder evangelischen Kirche und ihrer Einrichtungen, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts oder einer Bank/Versicherung in öffentlicher Trägerschaft beihilfeberechtigt.

Anschrift der beihilfegewährenden Stelle _____
Aktenzeichen _____

Ich bin weder Beamtin noch Versorgungsempfängerin bei einer der o. a. Stellen.

Vater

Mein Kind ist über mich als Beamter oder Versorgungsempfänger des Bundes, des Landes, einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes, der Deutschen Bahn AG, der Deutschen Post AG, der katholischen oder evangelischen Kirche und ihrer Einrichtungen, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts oder einer Bank/Versicherung in öffentlicher Trägerschaft beihilfeberechtigt.

Anschrift der beihilfegewährenden Stelle _____
Aktenzeichen _____

Ich bin weder Beamter noch Versorgungsempfänger bei einer der o. a. Stellen.

Kostenbeitrag für das Mittagessen

In der Heilpädagogischen Kindertageseinrichtung wird ein Mittagessen angeboten. Hierfür zahlen Eltern an den Landschaftsverband Westfalen-Lippe – LWL - einen Kostenbeitrag in Höhe von 2,50 Euro pro Verpflegungstag. Sollten Sie diesen Kostenbeitrag nicht zahlen können, prüft der LWL anhand der Sozialhilfesätze, ob Sie zu dem Personenkreis gehören, für den die Aufbringung der Kosten unzumutbar ist. Um dieses prüfen zu können, bitten wir Sie um folgende Angaben und Nachweise:

Ja, ich/wir erkläre/n mich/uns bereit, den Kostenbeitrag von zur Zeit 2,50 Euro pro Verpflegungstag zu entrichten. Meine/unsere wirtschaftlichen Verhältnisse muss ich/müssen wir daher nicht offenlegen.

Nein, ich/wir kann/können den Kostenbeitrag nicht leisten, weil ich/wir folgende Leistung/en beziehe/n

- Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII
- Kindergeldzuschlag nach § 6a BKGG

Eine Kopie des aktuellen Bescheides ist diesem Antrag beizufügen.

Nein, ich/wir kann/können den Kostenbeitrag nicht leisten, weil meine/unsere wirtschaftlichen Verhältnisse dies nicht zulassen.

Wenn dieses zutrifft, werden Informationen zu Ihren Einkommens- und Vermögensverhältnissen benötigt. Sie erhalten im Rahmen der Antragsprüfung zur Angabe Ihrer o. a. Verhältnisse einen entsprechenden Erfassungsbogen.

Nein, der Kostenbeitrag entfällt, da es sich um ein Pflegekind handelt.

Nein, der Kostenbeitrag entfällt, da das Kind nicht am Mittagessen teilnimmt.

Derzeitiger Kindergartenbesuch

Mein/unsere Kind besucht derzeit keinen Kindergarten.

Mein/unsere Kind besucht derzeit folgenden Kindergarten

Name _____

Anschrift _____

Wichtige Hinweise zur Beifügung erforderlicher Unterlagen

Folgende Unterlagen sind neben den im Antrag bereits aufgeführten Unterlagen für eine Antragsprüfung und mögliche Leistungsgewährung in jedem Fall erforderlich:

- 1. Unterschriebene datenschutzrechtliche Einwilligung und Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht.**
- 2. Aktuelle (amts-)ärztliche Stellungnahme, aus der Art und Umfang der Behinderung hervorgehen.**

Ohne o. a. datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung und aktuelle (amts-)ärztliche Stellungnahme zum Behinderungsbild Ihres Kindes ist eine weitere Bearbeitung und damit eine Leistungsgewährung nicht möglich.

Wenn Ihnen noch weitere Gutachten oder Stellungnahmen z.B. von Frühförderstellen oder Therapeuten vorliegen, fügen Sie diese bitte auch dem Antrag bei.

Erklärungen und Unterschrift

Den Antrag habe ich/haben wir wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu meinem/unsere Kind habe ich/haben wir gemacht, weil ich/wir sorgeberechtigt bin/sind.

Wenn und solange mein/unsere Kinder Eingliederungshilfe erhält, werde ich/werden wir Änderungen der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Stellungnahme des Einrichtungsträgers

Beantragtes Kind
Antragsdatum

Ansprechpartner/in
Telefon und eMail

Aufnahmedatum

Das Kind wird bereits seit dem _____ in der beantragten Einrichtung betreut.

Das Kind soll zum _____ in die beantragte Einrichtung aufgenommen werden.

Wenn das Aufnahmedatum nicht auf den 1. eines Monats fällt bzw. gefallen ist, bitte angeben, ob der Platz im Aufnahmemonat des o. a. Kindes noch von einem anderen Kind belegt war bzw. sein wird.

Der Platz war bzw. wird noch im Aufnahmemonat des o. a. Kindes von einem anderen Kind belegt/belegt sein.

Der Platz war bzw. wird im Aufnahmemonat des o. a. Kindes von keinem anderen Kind belegt/belegt sein.

Ganztagsbetreuung (45 Wochenstunden)

Der Antrag der/des Sorgeberechtigten auf Ganztagsbetreuung ihres/seines Kindes wird befürwortet. Zudem ist das Kind gesundheitlich zu einer Ganztagsbetreuung in der Lage (unverbindliche Einschätzung).

Der Antrag der/des Sorgeberechtigten auf Ganztagsbetreuung ihres/seines Kindes wird nicht befürwortet, weil

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift