**ANTRAG**

**auf Anerkennung eines Kindes mit Behinderung**

**zum Personenkreis des § 53 SGB XII**

**(wesentliche Behinderung oder drohende wesentliche Behinderung)**

über das zuständige Jugendamt

der Stadt / des Kreises

*Antrag bitte 2-fach einreichen; eine Ausfertigung ist für das Jugendamt bestimmt*

Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Landesjugendamt Westfalen Sachbereich 340

48133 Münster

**Antragssteller:**

|  |  |
| --- | --- |
| Kindertagespflege-  mutter/ -vater: | Name, Vorname: |
| Straße / Haus-Nr: |
| PLZ / Ort: |

|  |  |
| --- | --- |
| Tagespflegestelle: | Name: |
| Straße / Haus-Nr: |
| PLZ / Ort: |

|  |  |
| --- | --- |
| Beantragtes  Kind: | Name, Vorname: |
| Geb-Datum: |
| Anschrift: |
| Aufnahmedatum: |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Ort, Datum rechtsverbindliche Unterschrift*

**Stellungnahme des Jugendamtes:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jugendamt: |  |
| Ansprechpartner/in: |  |
| Tel.-Nr: |  |
| E-Mail: |  |

Angaben zu dem Antrag:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dieser Antrag wird: |  | befürwortet |
|  |  | nicht befürwortet, weil |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Ort, Datum rechtsverbindliche Unterschrift*