

**Antrag auf Kostenübernahme
für heilpädagogische Leistungen**

aus Mitteln der Eingliederungshilfe für Kinder
die geistig, körperlich oder seelisch behindert oder von Behinderung bedroht sind

ERSTANTRAG

VERLÄNGERUNGSANTRAG

Personensorgeberechtigte: _____

männlich weiblich

Vor- u. Nachname

des Kindes: _____ Geb.dat.: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel.nr., tagsüber erreichbar: _____

Mail Adresse: _____

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis? nein ja (*Kopie bitte beifügen*)

Grad der Behinderung: _____

Pflegegrad: _____ nein ja (*Nachweis bitte beifügen*)

Krankenkasse: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Aufenthaltsstatus bei Ausländern: _____

In Deutschland seit: _____

Grund der Einreise: _____

Asylbewerber nein ja (*Nachweis bitte beifügen*)

Behandelnder Kinderarzt, Name: _____

Adresse und Telefonnummer: _____

Lebt das Kind in einer Pflegefamilie? nein ja (*Nachweis bitte beifügen*)

Name und Anschrift der Pflegestelle:

Wohnort des Kindes vor Beginn der Pflege: _____

Ab wann kann mit einer möglichen Maßnahme begonnen werden? _____

Schweigepflichtentbindung

Allgemeines:

Mir ist bekannt, dass ich gemäß §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) dazu verpflichtet bin, alle Tatsachen anzugeben, die für die von mir beantragte Leistung erheblich sind. Wenn der zuständigen Kostenträger Auskünfte durch Dritte einholen möchten, wird hierfür meine Zustimmung benötigt.

Ich wurde darüber informiert, dass es für den Fachdienst Teilhabe der Kreisverwaltung Pinneberg zur Entscheidung über meinen Antrag notwendig ist, Behandlungsunterlagen der von mir benannten Stellen einzusehen, zu speichern und ggf. an den Amtsarzt des Fachdienstes Gesundheit zum Zwecke der Begutachtung zu übermitteln

Wenn ich die nachfolgende Einverständniserklärung nicht unterzeichne oder zu einem späteren Zeitpunkt widerrufe und dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes nicht oder nur teilweise möglich ist, kann dies zur Folge haben, dass die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt werden muss.

Alle Angaben sind freiwillig und dienen der zielgerichteten Bedarfsermittlung

Die Unterzeichnung der Schweigepflichtentbindung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Begründung widerrufen werden.

Sie haben die Möglichkeit eine Vertrauensperson Ihrer Wahl im Antragsverfahren (Gesamtplanverfahren) zu beteiligen.

Weiterhin steht Ihnen die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (Beratungsstelle EUTB, Hamburger Str. 160, 25337 Elmshorn; Telefon: 04121 8985800) bei allen Anliegen und Fragen zur Verfügung.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- bei fehlender ärztlichen Diagnostik der Fachdienst Teilhabe dazu berechtigt ist, eine amtsärztliche Begutachtung im Fachdienst Gesundheit (Kreisverwaltung Pinneberg) in Auftrag zu geben. Dazu werden die persönlichen Angaben weitergeleitet.
- sich die Mitarbeiter des Fachdienstes Teilhabe Informationen und Unterlagen von Dritten (insbesondere der Kita, sowie Ärzten und Therapeuten) einholen, die zur Bearbeitung meines Antrages auf Eingliederungshilfe notwendig sind.
- die Kita und der Leistungserbringer eine Kopie der Zielvereinbarung erhält.

Insoweit entbinde ich die entsprechenden Personen wechselseitig von ihrer Schweigepflicht.

Falls Sie Ihre Einverständniserklärung einschränken möchten, tragen Sie dies bitte hier ein:

Ort, Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Anlagen:

- Fragebogen für die Kindertageseinrichtung -bei Neu- und Verlängerungsanträgen-
(Vordruck: Fachdienst Teilhabe)
- Fragebogen für Eltern / Personensorgeberechtigte –bei Neu- und Verlängerungsanträgen-
(Vordruck: Fachdienst Teilhabe)
- Bericht zum Gesamtplan bei Verlängerung (Vordruck: Fachdienst Teilhabe)
- ggf. Stellungnahmen/Gutachten von Diagnostikzentren, Fachärzten oder dem Kinderarzt
- ggf. Berichte von Logopäden, Physiotherapeuten oder Ergotherapie
- ggf. Nachweis/Kopie über den Schwerbehindertenausweis
- ggf. Nachweis/Kopie über den Pflegegrad
- ggf. Nachweis/Kopie über den Aufenthaltsstatus
- Sonstiges _____