

Antrag auf ambulante Hilfen nach § 35 a SGB VIII

An: Kreisverwaltung Mainz-Bingen, Abteilung 13 b, Fachbereich Soziale Dienste
 Georg-Rückert-Straße 11, 55218 Ingelheim am Rhein

Antragsteller			
<input type="checkbox"/> die Eltern	<input type="checkbox"/> die Mutter	<input type="checkbox"/> der Vater	<input type="checkbox"/> der Vormund
Personensorgeberechtigte			
<input type="checkbox"/> die Eltern	<input type="checkbox"/> die Mutter	<input type="checkbox"/> der Vater	<input type="checkbox"/> der Vormund
Bei gerichtlicher Regelung des Sorgerechts:			
Gericht:		Datum:	Az.:
Bitte Urteil in Kopie beifügen.			
Bei alleinigem Sorgerecht bitte eine Negativbescheinigung dem Antrag beifügen.			
Personalien der Eltern	Mutter	Vater	
Name, Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand			
Staatsangehörigkeit			
Straße			
Postleitzahl, Wohnort			
seit wann?			
Telefon/ Mobil			
E-Mail-Adresse			
Personalien des Vormunds			
Name, Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße			
Postleitzahl, Wohnort			
Telefon/ Mobil			
E-Mail-Adresse			
<input type="checkbox"/> Die Bestallungsurkunde ist dem Antrag beigefügt.			
Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/> ist beigefügt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
Kind ist ehelich geboren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein (Nachweis Sorgerecht ist beizufügen)	

Name des jungen Menschen mit der Behinderung:			
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort und -kreis			
Familienstand		<input type="checkbox"/> ledig	
Staatsangehörigkeit		<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> andere:
Straße			
Postleitzahl, Wohnort			
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status			
a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja bis:	
b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja bis:	
c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja bis:	
Schwerbehinderung und Pflege			
Schwerbehindertenausweis/ Bescheid des Versorgungsamtes:			
Datum:		<input type="checkbox"/> Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistung gemäß § 45 SGB XI
Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Liegt ein Pflegegrad vor?			
Datum:		<input type="checkbox"/> v. H. GdB:	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Bescheid ist beigefügt			
Zum Haushalt gehören – außer dem Kind / den Personensorgeberechtigten – folgende Personen			
Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Stellung zur Antrag stellenden Person

Ich/Wir beantragen, ambulante Hilfen nach §35a SGB VIII in folgender Form zu gewähren:	
<input type="checkbox"/> Frühförderung	
<input type="checkbox"/> Autismus-Therapie	
<input type="checkbox"/> integrative Kindertagesstätte	
<input type="checkbox"/> Integrationshilfe Kindertagesstätte	
<input type="checkbox"/> Integrationshilfe Schule	
<input type="checkbox"/> Lerntherapie bei Lese-Rechtschreib-Schwäche und/ oder Dyskalkulie	
Es besteht Kontakt zu Frühförderstellen?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, Angabe des Frühförderzentrums
Name:	
Anschrift:	
Ansprechpartner:	
Telefon Ansprechpartner:	
E-Mail Ansprechpartner:	
Für die Lerntherapie bevorzugen wir den folgenden Anbieter/ haben wir schon zu folgendem Anbieter Kontakt:	
Name:	
Anschrift:	
Ansprechpartner:	
Telefon Ansprechpartner:	
E-Mail Ansprechpartner:	
Folgende Anlagen und Unterlagen bzw. Informationen, zur Antragsbearbeitung und Bewilligung der beantragten Hilfe, haben wir dem Antrag beigefügt:	
<input type="checkbox"/> Elternfragebogen Kindertagesstätte	
<input type="checkbox"/> Fragebogen Integrationshilfe Kindergarten	
<input type="checkbox"/> Elternfragebogen	
<input type="checkbox"/> Schulfragebogen	
<input type="checkbox"/> Anlage 1-5 zu den Anträgen	

weitere Unterlagen bzw. Informationen
<input type="checkbox"/> Fachärztliche Gutachten/Diagnostik/Berichte (Diagnose nach ICD-10 Kriterien, IQ-Testung und
<input type="checkbox"/> Berichte des Therapeuten (bei Logopädie oder Ergotherapie)
<input type="checkbox"/> Bericht Frühförderzentrum
<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden)
<input type="checkbox"/> Kopie der letzten 3 Zeugnisse (falls vorhanden)
<input type="checkbox"/> Kopie Sonderpädagogisches Gutachten (falls vorhanden)

Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Wir nehmen zur Kenntnis, dass die Antragsbearbeitung erst beginnen kann, wenn dem/ der Sachbearbeiter/-in alle erforderlichen Unterlagen vorliegen.

Wir sind/Ich bin bereit, die Durchführung der Eingliederungshilfe zu fördern und während ihrer gesamten Dauer mit dem Jugendamt und allen an der Eingliederung Beteiligten zusammenzuarbeiten. Wir/ich bin damit einverstanden, dass zur Bearbeitung des Antrages und für die Fortschreibung des Hilfeplanes geeigneten Stellen (z.B. Schulpsychologischer Dienst, Gesundheitsamt, Erziehungsberatungsstelle) die Unterlagen zur Stellungnahme vorgelegt werden oder von dort angefordert werden können, soweit es zur Bearbeitung notwendig ist.

Wir sind/Ich bin über die Inanspruchnahme einer Hilfe zur Eingliederung beraten und auf die möglichen Folgen für die Entwicklung des jungen Menschen hingewiesen worden (§ 36 SGB VIII).

Unterschriften der Personensorgeberechtigten		
Ort:	Datum:	
Mutter	Vater	Vormund
Unterschriften des jungen Erwachsenen		
Ort:	Datum:	
Junger Erwachsener		