

Antrag auf Kostenübernahme eines Integrativen Kindergartens  
 Gemäß §§ 53 ff. SGBXII / § 35 a SGBVIII

**Eingangsstempel**

Name und Adresse des Kindergartens

**1. Angaben zu Personensorgeberechtigten (Anspruchsinhaber)  
 (Bitte VOLLSTÄNDIG ausfüllen)**

- Personensorgeberechtigt sind:  die Eltern gemeinsam  
 die Mutter  
 der Vater  
 \_\_\_\_\_

**Bei alleinigem Sorgerecht bitte eine Negativbescheinigung dem Antrag beifügen (diese erhalten Sie beim zuständigen Jugendamt)!**

Bei gerichtlicher Regelung des Sorgerechtes:

Gericht: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ AZ: \_\_\_\_\_

Bitte Urteil in Kopie beifügen.

**Die Personalien der leiblichen Elternteile sind immer vollständig anzugeben.**

	Mutter	Vater
Familienname		
Vorname(n)		
<b>Telefonnummer</b>		
E-Mail Adresse		
Straße:		
PLZ, Wohnort		
Seit wann dort wohnhaft?		
Geburtsdatum		
Geburtsort- und kreis		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>

## 2. Angaben zum Kind mit Behinderung (Leistungsberechtigter)

Angaben zum Kind / Jugendlichen		
Familienname		
Vorname(n)		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum		
Geburtsort- und kreis		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/>	
Schwerbehindertenausweis / Bescheid d. Versorgungsamtes	Datum:	v. H. GdB
	Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kranken-/ Pflegekasse	Name	Versicherungsnummer
	Liegt ein Pflegegrad vor?	Datum: Pflegegrad bzw. zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45 SGB XI
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	
<b>Nur bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status:</b>		
Asylbewerber / Aufenthaltsgestattung <b>(bitte in jedem Fall Aufenthaltstitel / aktuelle Bescheinigung in Kopie beifügen)</b>		
a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	

**3. Zum Haushalt gehören – außer dem Kind / den Personensorgeberechtigten – folgende Personen (z. B. Geschwister)**

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Stellung zur Antragstellenden Person

**4. Aufenthaltsverhältnisse / Unterschriften**

Vom-bis	Aufenthaltsort(e)

**Bei vorherigen Maßnahmen der Eingliederungshilfe: Angabe des Kostenträgers und Datum der Beendigung der Maßnahme**

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

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig.

Ort, Datum

Mutter

Vater

**Unterschrift beider Sorgeberechtigten ist erforderlich.**

Es besteht Kontakt zu Frühförderstellen?  ja  nein

Wenn ja, bitte Angabe des Frühförderzentrums:

---

---

**Anlagen durch den Antragsteller:**

- Ärztliche Gutachten
- Kopie Sonderpädagogisches Gutachten
- Kopien der Zeugnisse
- Bericht Frühförderzentrum
- Berichte der / des Therapeuten
- Kopie Schwerbehindertenausweis

**Anlagen**

Anlage 1 Erklärung zum Datenschutz in der Teilhabekonferenz / im Hilfeplangespräch

Anlage 2 Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Anlage 3 Entbindung Kindergarten / Schule

Anlage 4 Entbindung Arzt / Klinik / Therapeut

Anlage 5 Entbindung Träger / Anbieter