

Antrag auf Gewährung

- von Heilpädagogischen Leistungen in Kindertagesstätten**
(gem. §113 Abs. 2 Nr. 3 i.V.m. §79 SGB IX)
- einer Komplexleistung der Interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstelle**
(gem. §46 i.V.m. §79 SGB IX)

Bitte zurücksenden an:

Landkreis Dahme-Spreewald
Sozialamt – Eingliederungshilfe/ Frühförderung
Beethovenweg 14
15907 Lübben

Posteingang/Eingangsstempel:

Hiermit beantrage/n ich/wir für

mein/ unser Kind

mein/ unser Mündel

mein/unser Pflegekind (nur bei vorliegender
Berechtigung – Ausübung des Sorgerechts)

die Gewährung von heilpädagogischen Leistungen in Form von:

ambulanter Frühförderung

Durchführung von einer überregionalen Frühförderstelle

Besuch einer I-Kita

Einzelintegration in einer Regelkindertagesstätte

nicht bekannt

I. Personendaten des zu fördernden Kindes			
Name, Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum, -ort			
Straße, Wohnort			
Staatsangehörigkeit (ggf. Aufenthaltsstatus)			Asylbewerber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenkasse		versichert bei:	
Versichertennummer:			
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Grad der Behinderung:	Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> TBI
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Landespfl- gegeld:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
Wurden schon einmal Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann: bei welcher Behörde:		
Wurden in den letzten 6 Monaten bereits Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen? (bitte den entspr. Bewilligungsbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei welcher Behörde:		

II. Besuch einer Kindertagesstätte/ Schule

Aktueller Besuch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	tägliche Betreuungszeit:
	Name und Anschrift:	

III. Personendaten der Eltern				
	1. Elternteil	2. Elternteil		
Name, Vorname				
Geburtsdatum, -ort				
Straße, Wohnort				
Telefon / Mail				
sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Familienstand				
Staatsangehörigkeit (ggf. Aufenthaltsstatus)				
Asylbewerber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ggf. Amtsvormund/Amtspfleger (Nachweis, Anschrift, Telefon)				

V. Begründung des Antrages / Welche Beeinträchtigung liegt bei Ihrem Kind vor?

- Ich/ wir erteile(n) allen beteiligten Stellen der Kreisverwaltung Dahme-Spreewald (Fachbereich Eingliederungshilfe Kinder und Jugendliche, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Kinder- und Jugendpsychologischer Dienst und heilpädagogische Diagnostik des amtsärztlichen Dienstes) eine Schweißpflichtentbindung hinsichtlich der Prüfung des Bedarfs bei Erstantrag und Fortführung der Leistung im Rahmen der Förder- und Behandlungsplanung.
- Auf meine/ unsere Mitwirkungspflicht gemäß §§ 60- 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) bin ich/ sind wir hingewiesen worden. Ich/ wir verpflichte(n) mich/ uns sämtliche Änderungen, die Auswirkungen auf den Leistungsanspruch haben können, dem Sozialamt mitzuteilen.
- Ich bin/ wir sind mit der Zusammenarbeit der Fachkräfte des Sozialamtes, Gesundheitsamtes, Frühförder- und Beratungsstellen, sowie den Kindertagesstätten bereit und mit der Weiterleitung des Förder- und Behandlungsplans an die genannten Stellen einverstanden.
- Ich bestätige/ wir bestätigen hiermit den Erhalt des Merkblattes „Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 12-14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)“. Ein Exemplar des Merkblatts befindet sich in meinem Besitz.

Bitte ankreuzen, wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt

- Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.
- Der jeweils andere Sorgeberechtigte ist nicht erreichbar/ für keine Zusammenarbeit bereit.

Ort, Datum

Unterschrift/en des/der Sorgeberechtigten (gesetzl. Vertreter)

Anlagen: Informationsblatt Datenschutz-Grundverordnung