Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Frühförderung von noch nicht eingeschulten Kindern

Bitte zurücksenden an:

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

Posteingang/Eingangsstempel:

Hiermit beantrage/n ich/wir Frühförderung für

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

in Form 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)

I. Personendaten des zu fördernden Kindes				
Name, Vorname				
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers			
Geburtsdatum, -ort				
Straße, Wohnort				
Geschwister	Name:		Geburtsdatum:	
	Name:		Geburtsdatum:	
	Name:		Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit (ggf. Aufenthaltsstatus)			Asylbewerber ☐ ja ☐ nein	
Krankenkasse		familienversichert bei welchem Sorgeberechtigten:		
Versichertennummer:				
Schwerbehinderung	☐ ja ☐ nein Grad der Behinderung:	Merkzeichen:	☐ B ☐ BI ☐ G ☐ aG ☐ H ☐ RF ☐ GI ☐ TBl	
Pflegegrad	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Landespflegegeld:	☐ ja ☐ nein ☐ beantragt	
Wurden schon einmal Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt?	☐ ja ☐ nein wann: bei welcher Behörde:			
Wurden in den letzten 6 Monaten bereits Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen? (bitte den entspr. Bewilligungsbescheid beifügen)	☐ ja ☐ nein bei welcher Behörde:			

II. Besuch einer Kindertagesstätte/ Schule	
Aktueller Besuch	☐ ja ☐ nein tägliche Betreuungszeit: Name und Anschrift:

III. Personendaten der Eltern		
	1. Elternteil	**2. Elternteil**
Name, Vorname		
Geburtsdatum, -ort		
Straße, Wohnort		
Telefon / Mail		
sorgeberechtigt	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Familienstand		
Staatsangehörigkeit (ggf. Aufenthaltsstatus)		
Asylbewerber	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ 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 Schweigepflichtentbindung 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