

Abzugeben bei:

Landkreis Leipzig  
Jugendamt/Eingliederungshilfe  
04550 Borna

Eingangsvermerk

## Antrag

### auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach Teil II Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

☐ Erstantrag

☐ Verlängerungsantrag

Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Hilfe zur angemessenen Schulbildung
<input type="checkbox"/> Integration Kita <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Kita <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ganztagsbetreuung <input type="checkbox"/> Ferienbetreuung <input type="checkbox"/> Integration Hort <input type="checkbox"/> Sonstiges:

## 1. Persönliche Angaben

### Hilfesuchender (Kind)

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Sorgeberechtigte

☐ Sorgeberechtigter

Name	Name	Name
Vorname(n)	Vorname	Vorname
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		
Geburtsdatum	Geburtsdatum	Geburtsdatum
Geburtsort:		
Staatsangehörigkeit	Staatsangehörigkeit	Staatsangehörigkeit
Straße Nr.	Straße Nr.	Straße Nr.
PLZ Wohnort/Ortsteil	PLZ Wohnort/ Ortsteil	PLZ Wohnort/Ortsteil
Telefon/E-Mail:	Telefon/E-Mail:	Telefon/E-Mail:
Aufenthalt des Hilfesuchenden innerhalb der 6 Monate vor der Antragstellung (falls abweichend zum aktuellen Wohnort):		
Hat der/die Hilfesuchende in den letzten 6 Monaten vor Antragstellung Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen? (nur auszufüllen bei abweichendem Wohnort innerhalb der 6 Monate vor Antragstellung) Wenn zutreffend: Kostenträger:                      Welche Leistung:                      Zeitraum:		
Aufenthaltsstatus (Ausländer(in) (Nachweis beifügen)		

Gerichtlicher Betreuer der Eltern: (freiwillige Angabe)	Name, Vorname, Kontaktdaten:	Name, Vorname, Kontaktdaten:
Krankenkasse des Kindes (Name, Anschrift):		Versichertennummer:
Hat der/die Hilfesuchende in den letzten 4 Jahren vor Antragstellung bereits einen Antrag für die gleiche Leistung bei der Krankenkasse gestellt? Wenn Ja: Welche Krankenkasse:      Datum der Antragstellung:      Welche Entscheidung (Bitte Bescheid beifügen):		

☐ **Vormund Hilfesuchender (Kind)**

☐ ja, bitte Kontaktdaten angeben (Vollmacht beifügen)    ☐ nein

Name, Vorname	Straße Nr.	PLZ Wohnort	Telefon/E-Mail

☐ **Pflegeeltern Hilfesuchender (Kind)**

☐ ja, bitte Kontaktdaten angeben (Vollmacht beifügen)    ☐ nein

Name, Vorname	Straße Nr.	PLZ Wohnort	Telefon/E-Mail

**Sonstige Hilfen zur Erziehung (z.B. Familienhilfe, Heimerziehung, Tagesgruppe usw.)**

☐ ja, bitte Kontaktdaten angeben      ☐ nein

Name, Vorname	Straße Nr.	PLZ Wohnort	Telefon/E-Mail

**Angaben zur Behinderung** (falls vorhanden, bitte ärztliche Unterlagen beifügen)

<input type="checkbox"/> geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> seelische Behinderung
<input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung, Art: _____		
<input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht, Art: _____		

**Schwerbehindertenausweis Hilfesuchender (Kind)**

<input type="checkbox"/> ja, bitte Unterlagen vorlegen	GdB: _____	MZ: _____
--	------------	-----------

☐ nein, bitte lassen Sie sich im Sozialamt über eine Beantragung beraten

Landratsamt Landkreis Leipzig – Sozialamt, 04552 Borna

**Pflegegrad Hilfesuchender (Kind)**

<input type="checkbox"/> ja, bitte Unterlagen vorlegen (Bescheid und Gutachten MDK)	Pflegegrad: _____
---	-------------------

☐ nein, bitte lassen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse/Pflegekasse über eine Beantragung beraten

**2. Angaben zur Einrichtung**

Mein Kind besucht derzeit (Kindertagesstätte, Schule)	
<input type="checkbox"/>	keine Einrichtung
<input type="checkbox"/>	Kindertagesstätte, seit:
<input type="checkbox"/>	Schule/Hort, seit:
Name der Einrichtung	
Anschrift der Einrichtung	Telefon/Ansprechpartner

**3. Vorrangige Ansprüche des Hilfesuchenden (Versicherungs- und Versorgungsansprüche)**

Wurde die Beeinträchtigung durch einen Unfall verursacht (Wenn ja, Name der Versicherung und Versichertem-Nr.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde die Beeinträchtigung/Behinderung durch eine Straftat/Gewaltverbrechen verursacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

#### 4. Kostenbeitrag (nur für Heilpädagogische Kita, Ganztags-/Ferienbetreuung zutreffend)

Nach § 142 Abs. 1 SGB IX ist dem minderjährigen Leistungsberechtigten und seinen Eltern ein Kostenbeitrag in Höhe der Einsparung im häuslichen Bereich zuzumuten. Diese entstehen, wenn der Hilfesuchende tagsüber nicht zu Hause, sondern durch die entsprechende Einrichtung versorgt wird (Ersparnis für Ernährung und Haushaltsenergie bei der Betreuung in einer heilpädagogischen Kindertagesstätte sowie Ganztags- und Ferienbetreuung). Nur wenn Sie im Bezug von Leistungen nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II) bzw. SGB XII (Sozialhilfe bzw. Grundsicherung) sind, entfällt die Zahlung des Kostenbeitrages. Dazu sind aktuelle Leistungsbescheide vorzulegen.

- ☐ ja, ich beziehe SGB II oder SGB XII Leistungen und bin somit befreit (Leistungsbescheide beifügen)
- ☐ nein, ich bin nicht befreit und zahle die Kosten der häuslichen Ersparnis

#### 5. Erklärung

Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund §§ 60 – 65 SGB I erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen sowie etwaiger Ansprüche gegenüber Drittverpflichteter benötigt. Bei fehlender Mitwirkung kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger Angaben strafbar mache und zu Unrecht erbrachte Leistungen erstatten muss.

Bei der Antragsprüfung können nur die vorgelegten Unterlagen bzw. die gemachten Angaben berücksichtigt werden. Fehlende Angaben bzw. nicht vorgelegte Unterlagen können somit auch nicht in die Bedarfsermittlung einfließen.

Jede Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (z.B. Umzug, Einrichtungswechsel usw.) ist unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)