

**Antrag auf Kostenübernahme
für heilpädagogische Leistungen in Kindertageseinrichtungen**

aus Mitteln der Eingliederungshilfe für Kinder
die geistig, körperlich oder seelisch behindert oder von Behinderung bedroht sind

ERSTANTRAG

VERLÄNGERUNGSANTRAG

Personensorgeberechtigte: _____

Vor- u. Nachname

des Kindes: _____ Geb.dat.: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel.nr., tagsüber erreichbar: _____

Mail Adresse: _____

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis? nein ja (*Kopie bitte beifügen*)

Grad der Behinderung: _____

Pflegegrad: _____ nein ja (*Nachweis bitte beifügen*)

Krankenkasse: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Aufenthaltsstatus bei Ausländern: _____

In Deutschland seit: _____

Grund der Einreise: _____

Asylbewerber nein ja (*Nachweis bitte beifügen*)

Behandelnder Kinderarzt, Name: _____

Adresse und Telefonnummer: _____

Lebt das Kind in einer Pflegefamilie? nein ja (*Nachweis bitte beifügen*)

Name und Anschrift der Pflegestelle:

Wohnort des Kindes vor Beginn der Pflege: _____

Ab wann kann mit einer möglichen Maßnahme begonnen werden? _____

Schweigepflichtentbindung

Allgemeines:

Mir ist bekannt, dass ich gemäß §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) dazu verpflichtet bin, alle Tatsachen anzugeben, die für die von mir beantragte Leistung erheblich sind. Wenn der zuständigen Kostenträger Auskünfte durch Dritte einholen möchte, wird hierfür meine Zustimmung benötigt.

Ich wurde darüber informiert, dass es für den Fachdienst Soziales der Kreisverwaltung Pinneberg zur Entscheidung über meinen Antrag notwendig ist, Behandlungsunterlagen der von mir benannten Stellen einzusehen, zu speichern und ggf. an den Amtsarzt des Fachdienstes Gesundheit zum Zwecke der Begutachtung zu übermitteln.

Wenn ich die nachfolgende Einverständniserklärung nicht unterzeichne oder zu einem späteren Zeitpunkt widerrufe und dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes nicht oder nur teilweise möglich ist, kann dies zur Folge haben, dass die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt werden muss.

Die Unterzeichnung der Schweigepflichtentbindung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Begründung widerrufen werden.

Einverständniserklärung: bitte zutreffendes ankreuzen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Heilpädagogin des Fachdienstes Soziales ggf. mein Kind in der Kindertagesstätte beobachtet, um die Entwicklung des Kindes durch Eigeneinschätzung zu beurteilen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Unterlagen an den Fachdienst Gesundheit übermittelt werden, wenn von dort eine Stellungnahme zum Vorliegen einer Behinderung angefordert werden muss.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Unterlagen an den Fachdienst Jugend übermittelt werden, sofern eine seelische Behinderung droht bzw. vorliegt oder ein jugendhilferechtlicher Bedarf zu prüfen ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kindertagesstätte eine Kopie der Entscheidung des Kreises Pinneberg erhält, einschließlich der Diagnosen, Förderschwerpunkte und Hilfeplanung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich die Mitarbeiter des Kreises Pinneberg, die mit der Bearbeitung meines Antrages auf Eingliederungshilfe beschäftigt sind und die Fachkräfte aus pädagogischen, therapeutischen und medizinischen Einrichtungen, die mit meinem Kind beschäftigt

sind, sowie die Mitarbeiter der Kindertagesstätte bzw. des Leistungserbringers untereinander mit Informationen und Unterlagen austauschen.
Insoweit entbinde ich die entsprechenden Personen wechselseitig von ihrer Schweigepflicht.

Falls Sie Ihre Einverständniserklärung einschränken möchten, tragen Sie dies bitte hier ein:

Ort, Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Anlagen:

- Belegungsbogen der Kindertageseinrichtung (Vordruck: Fachdienst Soziales)
- Fragebogen für die Kindertageseinrichtung (Vordruck: Fachdienst Soziales)
- Stellungnahmeder Kindertageseinrichtung/Leistungserbringer zum Folgeantrag auf heilpädagogische Förderung (Vordruck: Fachdienst Soziales)
- Fragebogen für Eltern/Personensorgeberechtigte (Vordruck: Fachdienst Soziales)
- ggf. Stellungnahmen/Gutachten von Diagnostikzentren, Fachärzten oder dem Kinderarzt
- ggf. Berichte von Logopäden, Physiotherapeuten oder n
- ggf. Nachweis/Kopie über den Schwerbehindertenausweis
- ggf. Nachweis/Kopie über den Pflegegrad
- ggf. Nachweis/Kopie über den Aufenthaltsstatus
- Sonstiges _____