



Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) für ein minderjähriges Kind

Hinweis:

Um Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erhalten zu können, muss ein Antrag gestellt werden. Dieser Antrag kann formlos erfolgen. Dafür reicht es, wenn dem Fachamt konkret mitgeteilt wird, dass eine bestimmte Person – **in diesem Fall ein minderjähriges Kind** - eine bestimmte Unterstützungsleistung benötigt.

Um dann sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Wir bitten Sie daher, diesen Vordruck sorgfältig und **vollständig auszufüllen**. Bitte streichen Sie nicht zutreffende Felder bzw. antworten Sie dann mit „Nein“ und bestätigen Sie die Richtigkeit aller Angaben durch Ihre Unterschrift auf der letzten Seite. **Durch Ihr sorgfältiges Ausfüllen erleichtern und beschleunigen Sie den Prozess der Bearbeitung Ihres Antrages.** Wenn Ihnen aber bestimmte Informationen nicht vorliegen sollten oder Sie sich unsicher sind, was Sie eintragen müssen, können Sie sich auch an die Mitarbeiter*innen des Fachamtes wenden und sich dort beraten lassen.

Erhält das minderjährige Kind sogenannte Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 3,3a AsylbLG), besteht kein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX. Wenden Sie sich an Ihre Leistungssachbearbeitung für das AsylbLG.

Wenn Sie einen Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) für ein volljähriges Kind stellen wollen, nutzen Sie bitte das Formular „Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)“.

Sollten für das minderjährige Kind Leistungen der Frühförderung (interdisziplinäre Frühförderung) benötigt werden, nutzen Sie bitte das Formular **Antrag auf interdisziplinäre Frühförderung als Komplexleistung nach § 46 SGB IX**

1. Beantragte Leistung(en)

Welche Leistungen möchten Sie beantragen (wenn bekannt)?	<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe an Bildung <input type="checkbox"/> Leistungen zur Sozialen Teilhabe
Nähere Angaben zur Art der beantragten Leistung (falls möglich)	
Wo soll die Leistung erbracht werden?	<input type="checkbox"/> Häuslichkeit <input type="checkbox"/> Einrichtung für Minderjährige <input type="checkbox"/> Krippe/ Kita <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/>
Wer soll die Leistung erbringen (Name Leistungserbringer sofern bekannt)?	
Ab wann soll die Leistung erbracht werden?	
Wurde die Leistung früher bereits beantragt (z. B. bei der Krankenkasse oder Eingliederungshilfe an einem anderen Ort)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bereits beantragt bei:..... Beantragt am:..... Grund der erneuten Antragstellung:
Wichtig: Bitte eine Kopie des Briefwechsels (ggf. Ablehnungsbescheid) beifügen.	
Begründung/Unterstützungsbedarf (ggf. gesondertes Blatt nutzen)	

2. Persönliche Angaben des minderjährigen Kindes

Name		ggf. Geburtsname	
Vorname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Staatsangehörigkeit		Aufenthaltsstatus(-titel)	
Wichtig: Sofern Sie keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, fügen Sie bitte einen Nachweis zu Ihrem Aufenthaltsstatus bei.			
Adresse			
Telefonnummer (Angabe freiwillig)			
E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)			
Gibt es eine gesetzliche Betreuung / Bevollmächtigung / Vormundschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wichtig: Bitte Kopie des Ausweises der Betreuerin oder des Betreuers / Bevollmächtigung / Bestallungsurkunde und des Sorgerechtsbeschlusses beifügen.	
Name und Vorname des Betreuers / der Betreuerin/ des Bevollmächtigten / des Vormundes			
Adresse des Betreuers/ der Betreuerin / des Bevollmächtigten / des Vormundes			
Telefonnummer des Betreuers / der Betreuerin/ des Bevollmächtigten/ des Vormundes (Angabe freiwillig)			
E-Mail-Adresse des Betreuers / der Betreuerin/ des Bevollmächtigten / des Vormundes (Angabe freiwillig)			
Schwerbehindertenausweis (oder diesem gleichgestellte Dokumente)	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> wurde bereits beantragt <input type="checkbox"/> wird noch beantragt		
	Wichtig: Sofern ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ist, reichen Sie bitte eine beidseitige Kopie ein. Sofern Ihnen der Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes vorliegt, bitten wir Sie, diesen ebenfalls vollständig in Kopie einzureichen.		
Grad der Behinderung		Merkzeichen	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> TBI
Angaben zur Behinderung, wenn bekannt. Mehrfachnennung möglich.	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung <input type="checkbox"/> seelische Behinderung <input type="checkbox"/> Suchterkrankung <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung → Art:..... <input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht → Art:		

	Art der Beeinträchtigung /medizinische Diagnosen		
Wichtig: Sofern Ihnen ärztliche Unterlagen zur Behinderung vorliegen, fügen Sie diese bitte in Kopie bei. Bitte füllen Sie auch den Vordruck zur Schweigepflichtentbindung aus, unterschreiben und reichen diesen ein.			
Haben Sie in den letzten sechs Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe für das minderjährige Kind bezogen?	<input type="checkbox"/> nein	Art	
	<input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte letzten Bescheid beifügen	Bewilligende Stelle / Behörde / Amt (mit Ort)	
Haben Sie in den letzten sechs Monaten Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für das minderjährige Kind (z. B. Hilfe zur Erziehung) bezogen?	<input type="checkbox"/> nein	Art	
	<input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte letzten Bescheid beifügen	Jugendamt in	

3. Angaben zu den Eltern bzw. Pflegeeltern des minderjährigen Kindes

	Elternteil 1	ggf. Elternteil 2
Name, ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Adresse		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Stiefkind

Aufenthalte <u>in den letzten 6 Monaten</u> vor Antragstellung (Wohnsitze, Krankenhaus-, Pflegekinderheim- und JVA-Aufenthalte, o. Ä.)	von	bis	Straße, PLZ, Ort
--
--
--
--
Bestand oder besteht eine ambulante/ aufsuchende Betreuung in der ehemaligen bzw. jetzigen Wohnung vor Antragstellung, z. B. durch mobilen Hilfsdienst, Pflegedienst?	von	bis	Name und Ort des Leistungsanbieters
--
--
--
--

6. Vorrangige Ansprüche des minderjährigen Kindes

Ursache für die vorliegende Behinderung	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Behandlungsfehler <input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> Verletzung durch eine ander Person <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> Sonstiges.....
Es wurden... (bitte angeben, ob bereits bewilligt. Wenn ja, bitte Unterlagen beifügen)	Schadensersatzansprüche geltend gemacht gegen:
	Ansprüche gegen diese Berufsgenossenschaft geltend gemacht:
	Ansprüche gegen dieses Versicherungsunternehmen geltend gemacht:
	<input type="checkbox"/> Bisher keine Ansprüche geltend gemacht

7. Einkommens- und Vermögensprüfung

Grundsätzlich sind bei Leistungen der Eingliederungshilfe für ein minderjähriges Kind sowohl das Einkommen und Vermögen des Kindes, als auch der Eltern bei der Gewährung der Leistung zu berücksichtigen. Jedoch wird bei einigen Leistungen oder beim Vorliegen besonderer Bedingungen kein Einkommens- und Vermögenseinsatz verlangt. **Nach Einreichung dieses Vordruckes wird individuell entschieden, ob eine Einkommens- und Vermögensprüfung notwendig ist.** Sie erhalten dann gegebenenfalls ein **gesondertes Schreiben** des Fachamtes Eingliederungshilfe zur Überprüfung eines Einkommens- und Vermögenseinsatzes für die beantragte Leistung.

8. Bankverbindung, sofern vorhanden

Kontoinhabende Person	
IBAN	
BIC	
Kreditinstitut	

Bitte senden Sie den unterschriebenen Antrag und die erforderlichen Nachweise vollständig postalisch an:

Bezirksamt Wandsbek
 Fachamt Eingliederungshilfe
 EH Neuantragsmanagement
 Kurt-Schumacher-Allee 4
 20097 Hamburg

ERKLÄRUNG

Name, Vorname	
Adresse	

Falls zutreffend:

Name und Vorname des Betreuers / der Betreuerin / bevollmächtigte Person	
Adresse des Betreuers / der Betreuerin / bevollmächtigte Person	

1. Ich bin verpflichtet, wahre Angaben über meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse zu machen.
2. Ich bin, solange ich Eingliederungshilfe beziehe, verpflichtet, dem Träger der Eingliederungshilfe unaufgefordert und unverzüglich jede Änderung in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen mitzuteilen. Dies ist beispielsweise erforderlich bei
 - Erzielung und Änderung von Einkommen
 - Beantragung, Bewilligung und Erhöhung von Renten
 - Vermögen wie z. B. Spar- und Bankguthaben, Kraftfahrzeug, Genossenschaftsanteile, Aktien, Pfandbriefe, Grundbesitz, Lebensversicherungen, Sparverträge
 - Ortsabwesenheit und beabsichtigtem Wohnungswechsel
 - Krankenhaus- und sonstigen stationären Aufhaltenen
3. Mir ist bekannt, dass
 - die Leistungen ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden können, falls ich meinen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme,
 - ich zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss, wenn ich vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtige oder unvollständige Angaben mache,
 - ich strafrechtlich verfolgt werden kann, wenn ich wissentlich falsche oder unvollständige Angaben mache.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind und der Wahrheit entsprechen und ich Änderungen unverzüglich und unaufgefordert mitteilen werde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers/Antragstellerin bzw. gesetzlichen Vertretung

Einverständniserklärung:

Ich stimme zu, dass Informationen zur Leistungsart, Bewilligungszeitraum sowie die Höhe der Leistung schriftlich sowie mündlich durch das Fachamt Eingliederungshilfe an den Leistungserbringer der betreffenden Leistung übermittelt werden dürfen.

- ja, ich stimme zu nein, ich werde diese Informationen dem Leistungsanbieter in eigener Verantwortung zur Verfügung stellen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers/ Antragsstellerin bzw. gesetzlichen Vertretung