

Bezirk Oberbayern  
 Bezirksverwaltung  
 Prinzregentenstraße 14  
 80538 München

### Antrag

Auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach §§ 53, 54 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) durch Übernahme der Kosten für die Betreuung in einer

<input type="checkbox"/>	Isolierten heilpädagogischen Maßnahme
<input type="checkbox"/>	Integrativen Kindertageseinrichtung:
<input type="checkbox"/>	Integrationskrippe
<input type="checkbox"/>	Integrationskindergarten
<input type="checkbox"/>	Integrationshort

#### Persönliche Verhältnisse des Kindes:

Name:		
Vorname:		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:		
Geburtsort:		
Straße und Hausnummer:		
Postleitzahl und Wohnort:		
Seit wann am jetzigen Wohnort?		
Staatsangehörigkeit:		
Bisher durchgeführte Maßnahmen/ Zeitraum/Kostenträger:		

Familienverhältnisse	des Vaters	der Mutter
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum und -ort:		
Staatsangehörigkeit:		
Familienstand:		
Straße und Hausnummer:		
Postleitzahl und Wohnort:		
Telefonnummer:		

Familienverhältnisse	des Vaters	der Mutter
Erwerbstätigkeit:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere Person sorgeberechtigt (Amtsvormund, Ergänzungspfleger)? Angabe Name, Anschrift usw.		

Pflegekind:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name der Pflegeeltern:		
Anschrift der Pflegeeltern:		
Telefonnummer Pflegeeltern:		
Wohnort des Pflegekindes <u>vor Aufnahme</u> in die Pflegefamilie:		

#### Anderweitige Ansprüche:

Das Kind ist krankenversichert  bei der (Anschrift):	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> mit seinem Vater	<input type="checkbox"/> mit seiner Mutter
	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich	

Die Behinderung/Einschränkung/Auffälligkeit des Kindes ist Folge eines:

Unfalls	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Impfschadens	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
schuldhaften Verhaltens Dritter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Falls ja, bitte entsprechende Unterlagen beilegen!**

#### Angaben zur beantragten Hilfe:

Name, Anschrift der Einrichtung:	
Ab wann wird die Hilfe beantragt?	Bitte ggf. Kopie der Bestätigung über mögliche Aufnahme von der Einrichtung vorlegen!
Wer hat die Maßnahme vorgeschlagen/verordnet?	

Nur bei Integrativen Kindertageseinrichtungen:

Folgende Buchungszeit ist mit dem Träger der Einrichtung vereinbart:  
Bitte Vereinbarung mit dem Träger der Einrichtung über Buchungszeit beifügen bzw. nachreichen!

- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | > 3 bis einschließlich 4 Stunden |
| <input type="checkbox"/> | > 4 bis einschließlich 5 Stunden |
| <input type="checkbox"/> | > 5 bis einschließlich 6 Stunden |
| <input type="checkbox"/> | > 6 bis einschließlich 7 Stunden |
| <input type="checkbox"/> | > 7 bis einschließlich 8 Stunden |
| <input type="checkbox"/> | > 8 bis einschließlich 9 Stunden |
| <input type="checkbox"/> | > 9 Stunden                      |

**Folgende Unterlagen sind dem Erstantrag beizufügen:**

- |   |   |
|---|---|
| - | Ärztliches Gutachten mit Diagnose (soweit vorhanden)            |
| - | Weitere Gutachten oder Stellungnahmen (soweit vorhanden)        |
| - | Kopie der Bestätigung über Schulrückstellung (soweit vorhanden) |

**Folgende Unterlagen sind dem Verlängerungsantrag beizufügen:**

- |   |   |
|---|---|
| - | Entwicklungsbericht, Förder- und Erziehungsplanung              |
| - | Weitere ärztliche Gutachten (soweit vorhanden)                  |
| - | Kopie der Bestätigung über Schulrückstellung (soweit vorhanden) |

**Hinweis nach § 67a Abs. 3 SGB X:**

Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfeleistungen vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Die Daten werden für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 – 128 SGB XII).

**Erklärung:**

Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n).

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, sämtliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse dem Sozialhilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

- Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der Eltern bzw. der  
Sorgeberechtigten

**Sofern aus Platzgründen Beiblätter erforderlich sind, bitten wir Sie, diese gesondert zu unterschreiben.**