

An das Amt für Jugend und Familie

Eingangsvermerke

Antrag auf ambulante Eingliederungshilfe für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche nach § 35a Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII)

Behandlungsmerkmale

- Legasthenie-Therapie**
- Dyskalkulie-Therapie**
- Ambulante heilpädagogische Behandlung**
- Sonstige Eingliederungshilfe**
(z. B. Montessori-Therapie, Schulgeld)

bei einem Therapeuten / einer Therapeutin

Name, Vorname des Therapeuten / der Therapeutin	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	Telefon (mit Vorwahl)

in einer Einrichtung

Bezeichnung der Einrichtung	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	Telefon (mit Vorwahl)

Begründung für die Eingliederungshilfe

Empty box for justification.

Angaben zum Kind

Name		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere	
Wohnhaft in	Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort	Telefon
	Name der Krankenkasse	Versicherungsnummer
Krankenkasse	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	Telefon
	Name der Schule	Klasse
Schule	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	Telefon

zentraler Thüringer Formularpool

In den Landkreis zugezogen

In die Stadt zugezogen

Kind	am <input type="text"/> Datum	letzte Anschrift <input type="text"/>
Vater	am <input type="text"/> Datum	letzte Anschrift <input type="text"/>
Mutter	am <input type="text"/> Datum	letzte Anschrift <input type="text"/>

Familienverhältnisse (Eltern, Geschwister, Stiefeltern, Pflegeeltern)

1.	Name, Vorname	<input type="text"/>	
	Anschrift	<input type="text"/>	
	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>
	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
	Verwandtschaftsverhältnis zum Kind	<input type="text"/>	

2.	Name, Vorname	<input type="text"/>	
	Anschrift	<input type="text"/>	
	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>
	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
	Verwandtschaftsverhältnis zum Kind	<input type="text"/>	

3.	Name, Vorname	<input type="text"/>	
	Anschrift	<input type="text"/>	
	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>
	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
	Verwandtschaftsverhältnis zum Kind	<input type="text"/>	

4.	Name, Vorname	<input type="text"/>	
	Anschrift	<input type="text"/>	
	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>
	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
	Verwandtschaftsverhältnis zum Kind	<input type="text"/>	

Inhaber der elterlichen Sorge

Vater

Mutter

Vormund

Für das Kind wurden früher / werden gleichzeitig weitere medizinische und/oder therapeutische Maßnahmen durchgeführt (z. B. Ergotherapie, Krankengymnastik, Frühförderung usw.).

ja

nein

Art der Maßnahme	Kostenträger
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Behinderung ist die Folge eines Unfalles, Impfschadens oder sonstigen Schadens

ja

nein

Angaben zum Schädiger

Wurde ein Prozess eingeleitet?

ja

nein

Wenn ja

Bezeichnung des Gerichts	Aktenzeichen
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	

Erklärung zu den Einkommensverhältnissen

Ich/Wir beziehen Einkünfte aus :

Arbeitseinkommen

Sozialhilfe

Arbeitslosenhilfe

Sonstiges

Monatliches Nettoeinkommen

 EUR

Erklärung

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfgewährung/-planung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse sowie Aufenthaltsverhältnisse (Wohnortwechsel), sofort unaufgefordert mitzuteilen.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass seitens des Amtes für Jugend und Familie in diesem Verwaltungsverfahren Auskünfte (u. a. auch Zeugnisse, Stellungnahmen o.ä.) von Kindertagesstätten / Schulen, vom Sozialhilfeträger, Schulpsychologen / ärztlicher und psychologischer Gutachter, die für die Entscheidung über die Hilfgewährung/-planung erforderlich sind, eingeholt und ärztliche Gutachten bei den Krankenkassen angefordert bzw. an diese weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten
Unterschrift beider Elternteile

Bestätigung des Einwohnermeldeamtes der Wohnsitzgemeinde Vorstehende Angaben bezüglich der Meldeverhältnisse des Antragstellers werden bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Gemeinde / Stempel