

## Anlage 1: Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe (Frühförderung) für Kinder bis zum Schuleintritt

(Adresse des zuständigen Eingliederungshilfeträgers)

--

### Persönliche Angaben des Kindes

Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum	
Wohnanschrift			
Staatsangehörigkeit		Muttersprache	
Versichert bei/Anschrift der Krankenkasse		Krankenversicherungsnummer des Kindes	
Schwerbehinderung		Pflegebedürftigkeit	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / GdB: _____ Merkzeichen: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / Pflegegrad: _____

### Eltern bzw. andere Personensorgeberechtigte

Elternteil I (Name, Vorname)	Elternteil II (Name, Vorname)	Andere Personensorgeberechtigte (Name, Vorname)
Staatsangehörigkeit	Staatsangehörigkeit	Staatsangehörigkeit
Muttersprache	Muttersprache	Muttersprache
Wohnanschrift	Wohnanschrift	Wohnanschrift
Tel./ Fax	Tel./ Fax	Tel./ Fax
E-Mail	E-Mail	E-Mail

### Erklärung zum Sorgerecht

- Eltern sind gemeinsam sorgeberechtigt   
  Sorgeberechtigt ist nur die Mutter\*   
  Sorgeberechtigt ist nur der Vater\*
- andere Sorgeberechtigte\*  
 (z.B. Großeltern, Pflegeeltern, Geschwister, gesetzlicher Vormund)

\*Der Sorgerechtsnachweis ist dem Antrag beizufügen.

### Angaben zur Kindertageseinrichtung

Anschrift Kindertageseinrichtung	Ansprechpartner	Telefonnummer

- Ganztagsplatz   
  Halbtagsplatz   
  Kind besucht keine Kindertageseinrichtung

### Angaben zu den behandelnden Ärzten

Name behandelnder Kinderarzt*	Anschrift
*ggf. Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	
Namen Fachärzte (u.a. Augenarzt, HNO, Klinik)	Anschrift

**Angaben über bereits in Anspruch genommene medizinisch-therapeutische Leistungen (Heilmittel) und weitere Hilfen in den letzten 12 Monaten**

Fachrichtung/ Leistungen/ Hilfen	Anschrift/ Name der Praxis/ Einrichtung
<input type="checkbox"/> Logopädie	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
<input type="checkbox"/> Beratungsangebote (z. B. Frühförderstelle, Kita, EUTB oder andere Beratungsstellen, Jugendamt)	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte (Fachklinik)	
<input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Orthopädietechnik, Optiker, Kuraufenthalte)	

**Angaben zum Antragsgrund**

**Folgende einzureichende Unterlagen sind beigelegt**

<input type="checkbox"/>	den Eltern zum Zeitpunkt der Antragstellung vorliegende ärztliche/therapeutische Befunde und/oder (Fach-)Arztberichte, Vorsorgeuntersuchungen (Kopien aus dem Kinder- Untersuchungsheft)
<input type="checkbox"/>	Schweigepflichtentbindung
<input type="checkbox"/>	Sorgerechtsnachweis
<input type="checkbox"/>	

**Hinweise zur Mitwirkungspflicht**

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, kann die beantragte Eingliederungshilfe ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Sie sind verpflichtet, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe anzuzeigen.

Soweit sich die persönlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Umzug, Änderung im Sorgerecht) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, ist dies unaufgefordert dem Eingliederungshilfeträger mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

**Hinweise zur Datenerhebung/Datenübermittlung und Schweigepflichtentbindung**

**Für den vorstehenden Antrag bin ich damit einverstanden**, dass die hierfür erforderlichen Unterlagen von den angegebenen Ärzten und Einrichtungen angefordert werden können. Hierzu gehören u. a. ärztliche und psychologische Gutachten, Untersuchungsunterlagen, Berichte über bisherige Therapieverläufe, Adaptionbehandlungen und während der Antragstellung/laufenden Maßnahmen erhobene Befunde und Berichte. Dies beinhaltet auch die Einwilligung zur Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes an den örtlichen Träger der Eingliederungshilfe. Soweit vorhanden, darf Einsicht in die Schwerbehindertenakte genommen werden.

**Ich willige ein**, dass das zuständige Gesundheitsamt zum Zwecke der Bewilligung von Eingliederungshilfeleistungen wiederkehrend Befunde an den/die zuständige(n) Bearbeiter weiterleitet. **Ich entbinde am Verfahren beteiligte** pädagogische, psychologische, medizinische und therapeutischen Fachkräfte von deren Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Ich willige ein**, dass eine Kopie des Bescheides über die beantragte Leistung an den verantwortlichen Arzt, die Frühförderstelle und die zuständige Krankenkasse übermittelt wird.

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben, auch soweit sie auf besonderen Blättern/Anlagen zu diesem Antrag gemacht wurden. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erlangte Leistungen erstatten muss.

Datum	Vor- und Nachname	Unterschrift der Personensorgeberechtigten