

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Landratsamt Vogtlandkreis
Sozialamt
Postplatz 5
08523 Plauen

Art und Form der beantragten Eingliederungshilfeleistung

Anlage A 11

Antragsteller/in

Eingangsstempel

1. Angaben zur Art der beantragten Leistung

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe
Früherkennung und Frühförderung für Kinder
Arznei- und Verbandsmittel
Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie
Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung
Hilfsmittel
Belastungserprobung und Arbeitstherapie
Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen
andere Leistungen in Form von:

weitere Angaben zur beantragten Leistung:

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen
Leistungen bei anderen Leistungsanbietern
Leistungen bei privaten und öffentlichen Arbeitgebern

weitere Angaben zur beantragten Leistung:

Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Hilfen zur Schulbildung (insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu)
Hilfen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung der Weiterbildung für einen Beruf

weitere Angaben zur beantragten Leistung:

Anlage A 11 - 02/2020

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Leistungen zur Sozialen Teilhabe

- Leistungen für Wohnraum
- Assistenzleistungen
- Heilpädagogische Leistungen
- Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten
- Leistungen zur Förderung der Verständigung
- Leistungen zur Mobilität
- Hilfsmittel
- Besuchsbeihilfen
- andere Leistungen in Form von: _____

weitere Angaben zur beantragten Leistung:

2. Angaben zur Form der beantragten Leistung

Die Gewährung der beantragten Leistung soll als Leistung in Form der Übernahme der Kosten für einen Dienst oder eine Einrichtung eines Persönlichen Budgets erfolgen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Antragsteller/in bzw.
gesetzlicher Vertreter / Betreuer

Unterschrift des Ehegatten /
Lebenspartners / Lebensgefährten