VOGTLANDKREIS
LANDRATSAMT

Eingangsstempel

Landratsamt Vogtlandkreis
Sozialamt
SG Eingliederungshilfe
Postplatz 5

08523 Plauen

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung in Form von Hilfen zur Schulbildung nach § 35a Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII)

☐ Hilfen zur Schulbildung im Rahmen der Schulpflicht ☐ Hilfen zur schulischen Berufsbildung

Antragsteller/in (Hilfebedürftige/r)

Vorname | Nachname

Anschrift

PLZ | Ort | Land

Straße | Hausnummer

Telefonnummer | Faxnummer

EMail

Steuer-Identifikations-Nummer

Betreuer/in Bevollmächtige/r
(bitte Nachweis beifügen)

Vorname | Nachname

Anschrift

PLZ | Ort | Land

Straße | Hausnummer

Telefonnummer | Faxnummer

EMail

Bis auf Widerruf erfolgt eine Aushändigung bzw. Übersendung aller Schriftstücke an vorgenannte Person: ☐ Ja ☐ Nein

Die Bearbeitung der Anträge erfolgt im Rahmen eines digitalisierten Verfahrens.
Aufgrund dessen bitten wir Sie um Einreichung von Nachweisen ausschließlich in Kopie.

Hinweis:

Von Ihnen eingereichte Papierunterlagen werden nach Überführung in die eAkte und einer Aufbewahrungszeit von 8 Wochen vernichtet.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Antrag auf Leistungen im Rahmen der Teilhabe an Bildung

Hinweis: Die Datenerhebung erfolgt gemäß SächsDSG i.V.m. Zweites Kapitel Sozialgesetzbuch X - Sozialdatenschutz.

I. Angaben zur Schule

Name der Schule (bei Schulwechsel: aufnehmende Schule)	
Straße, PLZ Ort	
aktuelle Klassenstufe	
angestrebter Schulabschluss (ab Klassenstufe 7)	

II. Persönliche Verhältnisse

	hilfesuchendes Kind	Angaben über	
		Mutter (Stief-/Pflegemutter)	Vater (Stief-/Pflegevater)
Name, ggf. Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
PLZ/Wohnort			
Straße/Hausnr.			
Staatsangehörigkeit			
Ausländerrechtlicher Status			
Telefonnummer			
Faxnummer			
E-Mail-Adresse			
Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet, in eigetr. Lebenspartnerschaft)		Seit	Seit
Schwerbehindertenausweis ***(bitte Kopie beifügen)***	☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt		
Krankenkasse			
Krankenversicherungs-Nr.			
Pflegegrad			

Name und Anschrift des behandelnden Arztes vom Hilfesuchenden	

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

III. Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden innerhalb des letzten Monats vor der Antragstellung:

Zeitraum	Straße, Nr., PLZ, Ort	bei Einreise aus dem Ausland - Tag und Ort des Grenzübergangs

Ist das Kind stationär untergebracht?

☐ Ja - Name desTrägers
(bitte Kopie des Bescheides beifügen)

Anschrift

Name des Sachbearbeiters

Aktenzeichen

Angaben zur Einnrichtung (Anschrift, Ansprechpartner - Heimleitung und Bezugserzieher)

☐ Nein

IV. vorrangige Ansprüche des Hilfesuchenden

Hat das hilfesuchende Kind bereits in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen?

☐ Ja - von welcher Behörde?

☐ Nein

(bitte Bewilligungs- und/oder Einstellungsbescheid beifügen - nur bei einem Leistungsbezug außerhalb des Vogtlandkreises)

Wurden/Werden bereits Leistungen im Rahmen zur Teilhabe an Bildung bzw. andere Leistungen zur sozialen Teilhabe durch andere Rehabilitationsträger (Krankenkasse, Unfallkasse, Jugendhilfeträger) oder Versicherungen (Haftpflichtversicherung) gewährt?

☐ Ja - Name desTrägers/der Institution
(bitte Kopie des Bescheides beifügen)

Anschrift

Name des Sachbearbeiters

Aktenzeichen

☐ Nein

Geht die Beeinträchtigung auf einen Unfall zurück? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja - Name der Versicherung:

und Versicherungs-Nr.:
(Haftpflicht- und Unfallversicherung)

Liegt ein Impfschaden vor? ☐ Ja ☐ Nein

Geht die Beeinträchtigung auf ein Gewaltverbrechen zurück? ☐ Ja ☐ Nein

V. Darstellung des Unterstützungsbedarfes

Was kann ich bzw. das Kind gut / Auf welche Ressourcen greife ich bzw. greift das Kind zurück?

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Darstellung von Unterstützungsbedarfen im Bereich der sozialen Teilhabe (aus Sicht des Antragstellenden bzw./und der Erziehungsberechtigten im Schulalltag) ***- benutzen Sie gegebenenfalls ein extra Blatt -***

Darstellung von Unterstützungsbedarfen im pflegerischen Bereich bei Vorliegen eines Pflegegrades (aus Sicht des Antragstellenden bzw./und der Erziehungsberechtigten im Schulalltag)
In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich auf die Regelung des § 13 Abs. 4 SGB XI hingewiesen!

- benutzen Sie gegebenenfalls ein extra Blatt -

Darstellung von Unterstützungsbedarfen im behandlungspflegerischen bzw. medizinischen Bereich (aus Sicht des Antragstellenden bzw./und der Erziehungsberechtigten im Schulalltag)
Sollten entsprechende Leistungen im Schulalltag erforderlich sein, sind die entsprechenden Verordnung zwingend mit Antragstellung vorzulegen, da in diesen Fällen eine Abstimmung mit den Krankenkassen erforderlich ist.

- benutzen Sie gegebenenfalls ein extra Blatt -

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

VI. Hinweis

Ihr Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn alle Fragen vollständig beantwortet worden sind. Zusätzlich sind Stellungnahmen der Schule und des Gesundheitsamtes erforderlich, die wir nach Eingang Ihres Antrages abfordern werden. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage im erforderlichen Umfang gespeichert. Die Rechtsgrundlage zur Datenerhebung und –speicherung finden sich in §§ 67a und 67c SGB X

VII. Erklärung

Die Angaben in diesem Antrag werden auf Grund §§ 60 – 65 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erhoben.

Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen sowie etwaiger Ansprüche gegenüber Drittverpflichteten benötigt. Bei fehlender Mitwirkung Ihrerseits kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben über die persönlichen Verhältnisse von meiner Familie und meinem Kind vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu unrecht erlangte Leistungen erstatten muss.
Mir ist weiterhin bekannt, dass weitere Anträge auf Sozialleistungen rechtzeitig im Voraus und vor Eingehen der Verpflichtung zu stellen sind.

Ich erkläre und versichere durch meine Unterschrift, dass ich auf folgende Verpflichtungen hingewiesen worden bin:
Ich bin, solange ich Leistungen der Eingliederungshilfe beziehe, verpflichtet, dem Sozialamt unaufgefordert und unverzüglich jede Änderung der persönlichen Verhältnisse mitzuteilen.

Dies ist beispielsweise erforderlich bei

- Änderungen in der gesetzlichen Vormundschaft,
- stationären Aufenthalten (Heimaufnahme),
- Wohnungs- und Schulwechsel,
- Leistungen anderer Sozialhilfeträger (Eingliederungshilfen, Pflegeleistungen, Weiterführung des Haushaltes u.ä.).

Ort, Datum: _____

_____	_____
Unterschrift Mutter / Erziehungsbrechtigte	Unterschrift Vater / Erziehungsberechtigter

VIII. beizufügende Unterlagen

- Schweigepflichtentbindung Gesundheitsamt
- Schulfeststellungsbescheid sowie Förderpädagogisches Gutachten nach § 13 SOFS - vollständig in Kopie
- Vorschlag Ihrerseits, wer als Einzelfallhelfer in Frage kommt
- Kopie der Meldebescheinigung/Meldebestätigung - wird durch das Einwohnermeldeamt des Wohnortes ausgestellt
- Betreuerausweis bzw. Vollmacht in Kopie
- Schwerbehindertenausweises sowie Bescheid über die Feststellung der Behinderung nach § 152 SGB IX - vollständig in Kopie
- Bescheid der Pflegekasse und MDK Gutachten in Kopie
- medizinisch und therapeutische Unterlagen über laufende bzw. abgeschlossene Therapien
- Aufenthaltserlaubnis sowie Bescheid über die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis nach dem Aufenthaltsgesetz (AufenthG) - vollständig in Kopie
- gegebenenfalls: Nachweis zum Sorgerecht/Pflegefamilie

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

IX. Bestätigung Schweigepflichtentbindung Gesundheitsamt

Hilfeempfänger		
Name, ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße/Hausnummer		
PLZ/Wohnort		

Betreuer/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigte/r:		
Familienname		
Vorname		
Starße/Hausnummer		
PLZ/Wohnort		
Telefonnummer		

Für die Überprüfung der beantragten Leistung der Eingliederungshilfe ist die Erstellung einer amtsärztlichen Stellungnahme erforderlich.

Dafür ist es notwendig die uns im Rahmen der Antragstellung übersandten Unterlagen, hier insbesondere

- der Antrag
- die Stellungnahme der Schule
- vorhandene Berichte/Stellungnahmen/Gutachten von betreuenden Einrichtungen
- Stellungnahmen/Berichte/Gutachten von Ärzten/Kliniken/Rehaeinrichtungen etc.

an das Gesundheitsamt des Landratsamtes Vogtlandkreis zur Kenntnis weiter zu reichen.

Ich weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich stimme der Übermittlung dieser Unterlagen ☐ **zu**

☐ **nicht zu.**

Ort, Datum: _____ _____

Hilfeempfänger,
Betreuer/Bevollmächtigter bzw.
Sorgeberechtigte/r*

* Ein allein unterzeichnender Sorgeberechtigter erklärt mit seiner Unterschrift, dass alleiniges Sorgerecht besteht/er bevollmächtigt ist, für den weiteren Sorgeberechtigten zu entscheiden.
(bitte unzutreffendes streichen)

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Extrablatt für weitere Angaben