



## Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe in Form von Schulbegleitung nach § 35 a SGB VIII / § 112 SGB IX

- Erstantrag**
- Weiterbewilligungsantrag**

Ich beantrage/ Wir beantragen für mein/unser Kind die Übernahme der Kosten.

<b>Angaben zum Kind</b>	
Nachname	
Vorname	
Geschlecht	( ) männlich ( ) weiblich ( ) divers
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Nur auszufüllen, sofern eine ausländische Staatsangehörigkeit vorliegt <b>(Nachweise beifügen)</b>	Aufenthaltsrechtlicher Status:  Ausstellende Behörde:
Straße und Hausnummer	
PLZ und Wohnort	

### **Angaben zur Mutter**

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Emailadresse	
Staatsangehörigkeit	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Wohnort	



### Angaben zum Vater

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Emailadresse	
Staatsangehörigkeit	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Wohnort	

### Angaben zu Pflegeeltern

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Emailadresse	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Wohnort	
Wohnort des Kindes vor Aufnahme in die Pflegefamilie	

### Inhaber der elterlichen Sorge

Vormund / Pfleger	
Bestellt durch Amtsgericht	
Beschluss vom	
Rechtsgrundlage	

### Angaben zur Schule

Name der Schule	
Ort	
Schulbesuch ab/seit	
Klassenstufe	
Beginn der Hilfe	

- Es besteht Kontakt zum Jugendamt

Zuständiger Sachbearbeiter des Jugendamtes: \_\_\_\_\_



Pflegegrad <b>(MDK-Gutachten beifügen)</b>	seit:
Grad der Behinderung	
Merkzeichen	
Krankenkasse	
Versicherungsnummer der Krankenkasse	
Es wird häusliche Krankenpflege über die Krankenkasse in Anspruch genommen	
Behandelnder Kinderarzt/Hausarzt <b>(Kinderärztliche Stellungnahme beifügen)</b>	

Mein Kind erhält bereits folgende Maßnahmen:  
**(Aktuelle Therapieberichte beifügen)**

Maßnahme	Seit	Praxis/Anbieter
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		
Psychotherapie		
Sonstige		

Neben der kinderärztlichen Behandlung ist mein Kind in folgender  
fachärztlicher Behandlung:  
**(Befund beifügen)**

Facharzt	Seit	Praxis/Anbieter
HNO-Arzt		
Augenarzt		
Kinder- und Jugendpsychiater		
Sozialpädiatrisches Zentrum		
Diagnostiken in Kliniken		
Sonstige		



**Welche besonderen Schwierigkeiten ergeben sich im Schulalltag?**

---

---

---

---

**Welches Ziel wird mit der beantragten schulischen Integrationshilfe verfolgt?**

---

---

---

---

**Ich bestätige / Wir bestätigen, dass meine/ unsere Angaben vollständig und richtig sind.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en der Personensorgeberechtigten

**Hinweis:**

Bitte beachten Sie auch die Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten.

**Die Entbindungs-/ Einwilligungserklärungen geben Sie bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück!**

Diese Seite ist Bestandteil des Antrages.