



Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) für ein minderjähriges Kind

Hinweis:

Um Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erhalten zu können, muss ein Antrag gestellt werden. Dieser Antrag kann formlos erfolgen. Dafür reicht es, wenn dem Fachamt konkret mitgeteilt wird, dass eine bestimmte Person – **in diesem Fall ein minderjähriges Kind** - eine bestimmte Unterstützungsleistung benötigt.

Um dann sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Wir bitten Sie daher, diesen Vordruck sorgfältig und **vollständig auszufüllen**. Bitte streichen Sie nicht zutreffende Felder bzw. antworten Sie dann mit „Nein“ und bestätigen Sie die Richtigkeit aller Angaben durch Ihre Unterschrift auf der letzten Seite. **Durch Ihr sorgfältiges Ausfüllen erleichtern und beschleunigen Sie den Prozess der Bearbeitung Ihres Antrages.** Wenn Ihnen aber bestimmte Informationen nicht vorliegen sollten oder Sie sich unsicher sind, was Sie eintragen müssen, können Sie sich auch an die Mitarbeiter*innen des Fachamtes wenden und sich dort beraten lassen.

Erhält das minderjährige Kind sogenannte Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 3,3a AsylbLG), besteht kein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX. Wenden Sie sich an Ihre Leistungssachbearbeitung für das AsylbLG.

Wenn Sie einen Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) für ein volljähriges Kind stellen wollen, nutzen Sie bitte das Formular „Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)“.

Sollten für das minderjährige Kind Leistungen der Frühförderung (interdisziplinäre Frühförderung) benötigt werden, nutzen Sie bitte das Formular **Antrag auf interdisziplinäre Frühförderung als Komplexleistung nach § 46 SGB IX**

1. Beantragte Leistung(en)

Welche Leistungen möchten Sie beantragen (wenn bekannt)?	☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ☐ Leistungen zur Teilhabe an Bildung ☐ Leistungen zur Sozialen Teilhabe
Nähere Angaben zur Art der beantragten Leistung (falls möglich)	
Wo soll die Leistung erbracht werden?	☐ Häuslichkeit ☐ Einrichtung für Minderjährige ☐ Krippe/ Kita ☐ Schule ☐
Wer soll die Leistung erbringen (Name Leistungserbringer sofern bekannt)?	
Ab wann soll die Leistung erbracht werden?	
Wurde die Leistung früher bereits beantragt (z. B. bei der Krankenkasse oder Eingliederungshilfe an einem anderen Ort)?	☐ nein ☐ ja, bereits beantragt bei: Beantragt am: Grund der erneuten Antragstellung:
Wichtig: Bitte eine Kopie des Briefwechsels (ggf. Ablehnungsbescheid) beifügen.	
Begründung/Unterstützungsbedarf (ggf. gesondertes Blatt nutzen)	

2. Persönliche Angaben des minderjährigen Kindes

Name		ggf. Geburtsname	
Vorname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		
Staatsangehörigkeit		Aufenthaltsstatus(-titel)	
Wichtig: Sofern Sie keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, fügen Sie bitte einen Nachweis zu Ihrem Aufenthaltsstatus bei.			
Adresse			
Telefonnummer (Angabe freiwillig)			
E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)			
Gibt es eine gesetzliche Betreuung / Bevollmächtigung / Vormundschaft?	☐ nein ☐ ja	Wichtig: Bitte Kopie des Ausweises der Betreuerin oder des Betreuers / Bevollmächtigung / Bestallungsurkunde und des Sorgerechtsbeschlusses beifügen.	
Name und Vorname des Betreuers / der Betreuerin/ des Bevollmächtigten / des Vormundes			
Adresse des Betreuers/ der Betreuerin / des Bevollmächtigten / des Vormundes			
Telefonnummer des Betreuers / der Betreuerin/ des Bevollmächtigten/ des Vormundes (Angabe freiwillig)			
E-Mail-Adresse des Betreuers / der Betreuerin/ des Bevollmächtigten / des Vormundes (Angabe freiwillig)			
Schwerbehindertenausweis (oder diesem gleichgestellte Dokumente)	☐ liegt vor ☐ liegt nicht vor ☐ wurde bereits beantragt ☐ wird noch beantragt		
	Wichtig: Sofern ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ist, reichen Sie bitte eine beidseitige Kopie ein. Sofern Ihnen der Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes vorliegt, bitten wir Sie, diesen ebenfalls vollständig in Kopie einzureichen.		
Grad der Behinderung		Merkzeichen	☐ G ☐ aG ☐ B ☐ H ☐ RF ☐ BI ☐ GI ☐ TBI
Angaben zur Behinderung, wenn bekannt. Mehrfachnennung möglich.	☐ geistige Behinderung ☐ körperliche Behinderung		
	☐ seelische Behinderung ☐ Suchterkrankung		
	☐ Sinnesbehinderung → Art:		
	☐ von Behinderung bedroht → Art:		

	Art der Beeinträchtigung /medizinische Diagnosen		
	Wichtig: Sofern Ihnen ärztliche Unterlagen zur Behinderung vorliegen, fügen Sie diese bitte in Kopie bei. Bitte füllen Sie auch den Vordruck zur Schweigepflichtentbindung aus, unterschreiben und reichen diesen ein.		
Haben Sie in den letzten sechs Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe für das minderjährige Kind bezogen?	☐ nein	Art	
	☐ ja Wenn ja, bitte letzten Bescheid beifügen	Bewilligende Stelle / Behörde / Amt (mit Ort)	
Haben Sie in den letzten sechs Monaten Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für das minderjährige Kind (z. B. Hilfe zur Erziehung) bezogen?	☐ nein	Art	
	☐ ja Wenn ja, bitte letzten Bescheid beifügen	Jugendamt in	

3. Angaben zu den Eltern bzw. Pflegeeltern des minderjährigen Kindes

	Elternteil 1	ggf. Elternteil 2
Name, ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Adresse		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
Verwandtschaftsverhältnis	☐ leibliches Kind ☐ Adoptivkind ☐ Pflegekind ☐ Stiefkind	☐ leibliches Kind ☐ Adoptivkind ☐ Pflegekind ☐ Stiefkind

Gibt es weitere minderjährige Kinder, die in Ihrem Haushalt leben?	☐ nein	☐ nein
	☐ ja	☐ ja
	<u>Name, Vorname, Geburtsdatum</u>	<u>Name, Vorname, Geburtsdatum</u>
	<u>Name, Vorname, Geburtsdatum</u>	<u>Name, Vorname, Geburtsdatum</u>

4. Kranken- und Pflegeversicherung des minderjährigen Kindes

Art der Krankenversicherung	☐ gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung – es handelt sich hierbei um eine... ☐ Pflichtversicherung ☐ freiwillige Versicherung ☐ Familienversicherung über die folgende Person: <u>Name, Vorname</u> <u>Geburtsdatum</u> ☐ reine private Kranken- und Pflegeversicherung ☐ selbst versichert ☐ versichert über <u>Name, Vorname</u> <u>Geburtsdatum</u> ☐ private Kranken- und Pflegeversicherung und Beihilfe ☐ selbst versichert ☐ versichert über <u>Name, Vorname</u> <u>Geburtsdatum</u>
	Name der Krankenkasse /ggf. Beihilfestelle
	Anschrift der Krankenkasse / ggf. Beihilfestelle
	Versichertennummer
Angaben zur Pflegebedürftigkeit	☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5 seit: als ☐ Geldleistung ☐ Sachleistung (Mehrfachnung bei Kombileistung möglich) ☐ Pflegegrad wurde am beantragt ☐ Pflegegrad wurde nicht beantragt ☐ Pflegegrad wurde abgelehnt
	Wichtig: Bitte fügen Sie, sofern vorhanden, den Bescheid der Pflegekasse (Bewilligung oder Ablehnung) und das vollständige Gutachten des Medizinischen Dienstes in Kopie bei.

5. Aufenthaltsverhältnis des minderjährigen Kindes

Aktuelle Wohnsituation	☐ alleine in eigener Wohnung ☐ eigene Familie (mit Partner und/oder Kindern) ☐ Wohngemeinschaft ☐ in der Familie (z.B. bei Eltern und/oder Geschwistern) ☐ wohnungslos ☐ sonstiges:.....
------------------------	--

Aufenthalte <u>in den letzten 6 Monaten</u> vor Antragstellung (Wohnsitze, Krankenhaus-, Pflegekinderheim- und JVA-Aufenthalte, o. Ä.)	von	bis	Straße, PLZ, Ort
	-	-	
	-	-	
	-	-	
Bestand oder besteht eine ambulante/ aufsuchende Betreuung in der ehemaligen bzw. jetzigen Wohnung vor Antragstellung, z. B. durch mobilen Hilfsdienst, Pflegedienst?	von	bis	Name und Ort des Leistungsanbieters
	-	-	
	-	-	
	-	-	

6. Vorrangige Ansprüche des minderjährigen Kindes

Ursache für die vorliegende Behinderung	☐ Unfall	☐ Behandlungsfehler
	☐ Impfschaden	☐ Verletzung durch eine ander Person
	☐ Ich weiß es nicht	☐ Sonstiges.....
Es wurden... (bitte angeben, ob bereits bewilligt. Wenn ja, bitte Unterlagen beifügen)	Schadensersatzansprüche geltend gemacht gegen:	
	Ansprüche gegen diese Berufsgenossenschaft geltend gemacht:	
	Ansprüche gegen dieses Versicherungsunternehmen geltend gemacht:	
	☐ Bisher keine Ansprüche geltend gemacht	

7. Einkommens- und Vermögensprüfung

Grundsätzlich sind bei Leistungen der Eingliederungshilfe für ein minderjähriges Kind sowohl das Einkommen und Vermögen des Kindes, als auch der Eltern bei der Gewährung der Leistung zu berücksichtigen. Jedoch wird bei einigen Leistungen oder beim Vorliegen besonderer Bedingungen kein Einkommens- und Vermögenseinsatz verlangt. Nach Einreichung dieses Vordruckes wird individuell entschieden, ob eine Einkommens- und Vermögensprüfung notwendig ist. Sie erhalten dann gegebenenfalls ein gesondertes Schreiben des Fachamtes Eingliederungshilfe zur Überprüfung eines Einkommens- und Vermögenseinsatzes für die beantragte Leistung.
--

8. Bankverbindung, sofern vorhanden

Kontoinhabende Person	
IBAN	
BIC	
Kreditinstitut	

Bitte senden Sie den unterschriebenen Antrag und die erforderlichen Nachweise vollständig postalisch an:

Sozialbehörde Hamburg
Fachabteilung Eingliederungshilfe
Neuantragsmanagement
Kurt-Schumacher-Allee 4
20097 Hamburg

ERKLÄRUNG

Name, Vorname	
Adresse	

Falls zutreffend:

Name und Vorname des Betreuers / der Betreuerin / bevollmächtigte Person	
Adresse des Betreuers / der Betreuerin / bevollmächtigte Person	

1. Ich bin verpflichtet, wahre Angaben über meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse zu machen.
2. Ich bin, solange ich Eingliederungshilfe beziehe, verpflichtet, dem Träger der Eingliederungshilfe unaufgefordert und unverzüglich jede Änderung in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen mitzuteilen. Dies ist beispielsweise erforderlich bei
 - Erzielung und Änderung von Einkommen
 - Beantragung, Bewilligung und Erhöhung von Renten
 - Vermögen wie z. B. Spar- und Bankguthaben, Kraftfahrzeug, Genossenschaftsanteile, Aktien, Pfandbriefe, Grundbesitz, Lebensversicherungen, Sparverträge
 - Ortsabwesenheit und beabsichtigtem Wohnungswechsel
 - Krankenhaus- und sonstigen stationären Aufhalten
3. Mir ist bekannt, dass
 - die Leistungen ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden können, falls ich meinen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme,
 - ich zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss, wenn ich vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtige oder unvollständige Angaben mache,
 - ich strafrechtlich verfolgt werden kann, wenn ich wissentlich falsche oder unvollständige Angaben mache.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind und der Wahrheit entsprechen und ich Änderungen unverzüglich und unaufgefordert mitteilen werde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers/Antragstellerin bzw. gesetzlichen Vertretung

Einverständniserklärung:

Ich stimme zu, dass Informationen zur Leistungsart, Bewilligungszeitraum sowie die Höhe der Leistung schriftlich sowie mündlich durch das Fachamt Eingliederungshilfe an den Leistungserbringer der betreffenden Leistung übermittelt werden dürfen.

- ☐ ja, ich stimme zu ☐ nein, ich werde diese Informationen dem Leistungsanbieter in eigener Verantwortung zur Verfügung stellen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers/ Antragsstellerin bzw. gesetzlichen Vertretung