

Ergänzungsantrag

Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)



Hinweis:

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und **vollständig auszufüllen**. **Nichtzutreffende Felder sind deutlich zu streichen bzw. mit „Nein“ zu beantworten**. Die Richtigkeit aller Angaben ist durch Ihre Unterschrift oder die Ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.

1. Persönliche Angaben Antragsteller (Kind)		
1	Name, Vorname	
2	Geburtsdatum	
3	Wohnort	
4	Straße, Hausnummer	

2. Persönliche Angaben der Eltern			
		Vater	Mutter
5	Name		
6	Vorname		
7	Familienstand		
8	Geburtsdatum		
9	Staatsangehörigkeit		
10	Wohnort		
11	Straße, Hausnummer		
12	Telefonnummer		
13	Krankenkasse		
14	Sind Sie sorgeberechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

3. Angaben zum Amtsvormund / Pfleger		Wichtig! Bitte Nachweise beifügen.
15	Name, Vorname	
16	Anschrift	
17	Telefonnummer	

4. Angaben zur Schule		
18	Schule	
19	Klasse	
20	Aufnahmedatum (sofern ein Schulwechsel geplant ist)	
21	Schuljahr	

5. Angaben zum Hort		Hinweis: Bitte nur ausfüllen, wenn ein Einzelfallhelfer im Hort benötigt wird.	
22	Für welche Unterstützungsleistungen wird ein Einzelfallhelfer im Hort benötigt?		

23	Hort (Träger, Anschrift)					
24	Mein Kind besucht den Hort in der Zeit					
	von		bis		Uhr mit wöchentlich	Stunden
25	Der Hortbesuch ist vorgesehen ab dem					
	von		bis		Uhr mit wöchentlich	Stunden

6. Antragsbegründung

Wichtig! Bitte eine ausführliche Begründung für die Antragstellung geben.

Warum benötigt Ihr Kind aus Ihrer Sicht während der Schulzeit eine Unterstützung?

26

Welche konkreten (nicht-pädagogischen) Aufgaben sollen durch den Einzelfallhelfer übernommen werden?

27

7. Beeinträchtigungen / Behinderungen				
	Welche Beeinträchtigungen und oder Behinderungen liegen vor?			Wichtig: Bitte entsprechende Nachweise einreichen
28	geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	IQ	
29	Körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art	
30	Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	(bitte ankreuzen)	
	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Orthesen	<input type="checkbox"/> Gehilfen	<input type="checkbox"/> Hörgeräte
	<input type="checkbox"/> Sehhilfen:		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
31	chronische Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art	

32	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Trägt Ihr Kind eine Insulinpumpe?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Ist Ihr Kind in der Lage selbstständig Blutzucker zu messen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Ist Ihr Kind in der Lage selbstständig benötigte Insulineinheiten (IE) zu berechnen und zu injizieren?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Ist Ihr Kind in der Lage selbstständig die Menge der Proteineinheiten (BE) zu berechnen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Kommt ein Pflegedienst in die Schule?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Zeiten (wie oft)		
zeitliche Abstände			

33	Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wichtig! Es ist ein Anfallskalender beizufügen.
	Wann treten die epileptischen Anfälle bei Ihrem Kind vorrangig auf?		

34	Welche Art von Anfällen hat ihr Kind vorrangig (Grand Mal, Absenzen ...)	

35	Sofern Ihr Kind eine Notfallmedikation hat, welche Medikation wird in welchem Bedarfsfall eingesetzt (welche Indikation für den Einsatz der Notfallmedikation muss vorliegen?)	Wichtig! Ärztliches Attest beilegen.

36	chronische Erkrankung (z. B. onkologische Erkrankung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Art der Erkrankung	

37	Welche Besonderheiten gibt es zu beachten?	

38	Welche weiteren Beeinträchtigungen gibt es?	

8. Medikamenteneinnahme			
39	Nimmt Ihr Kind tagsüber Medikamente ein?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Medikament		
	Uhrzeiten der Einnahme		
	Erfolgt die Einnahme selbstständig?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Gibt es eine ärztliche Verordnung zur Medikamentengabe?	Wichtig! Nachweis beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

40	Welche weiteren Beeinträchtigungen gibt es?	

9. beizufügende Unterlagen	
Bitte fügen Sie dem Antrag, sofern schon vorhanden, folgende Unterlagen als Kopie bei:	
41	<ul style="list-style-type: none"> • aktueller Stundenplan • aktuelle ärztliche Befunde, Epikrisen usw. die Auskunft über den notwendigen Bedarf geben • Kopie des Hortvertrages (sofern beantragt)

10. Träger	
Sollte es nach sorgfältige Prüfung Ihres Antrages zum Einsatz eines Einzelfallhelfers kommen, so setzt das Sozialamt einen Träger ein, der die Einzelfallhilfe stellt.	
Folgende Träger beauftragt das Sozialamt vorrangig:	
42	<ul style="list-style-type: none"> • Verein für Jugendhilfe und Sozialarbeit (JuseV – Fürstenwalde/Spree • gemeinnützige ambulante Dienste (Lebenshilfe) – Fürstenwalde/Spree • s.i.b. Integrationsassistenz – Schwerpunkt Autismus – Müllrose • Neverland gGmbH – Potsdam • freie heilpädagogische Praxis – Diana Schwab – Neuenhagen • Lebenshilfe – Eisenhüttenstadt (Raum Eisenhüttenstadt)

43	Sofern Sie einen der oben genannten Träger bevorzugen tragen Sie ihn bitte hier ein.

	Sofern Sie keinen der genannten Träger bevorzugen. Sind Sie damit einverstanden, dass das Sozialamt bezüglich eines Trägers entscheidet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
43	Geben Sie Ihr Einverständnis zur Weitergabe persönlicher Daten an den Träger, wie beispielsweise Diagnosen und Ihre Kontaktdaten? (Dies ermöglicht dem jeweiligen Träger einen passenden Einzelfallhelfer zu suchen und persönlich Kontakt zu Ihnen aufzunehmen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Hinweis: Nur vollständig ausgefüllte Anträge mit den dazugehörigen Unterlagen können bearbeitet werden. Bitte reichen Sie noch nicht vorliegende Unterlagen sofort nach Erhalt nach.

11. Schlusserklärungen und Hinweise

	<p>11.1 Versicherung der Richtigkeit der Angaben</p> <p>Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen und Angaben der Wahrheit entsprechen und lückenlos sind. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.</p> <p>11.2 Mitwirkungspflichten</p> <p>Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Sozialamt des Landkreises Oder-Spree anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen anzeigen.</p> <p>11.3 Hinweise zum Datenschutz nach Artikel 13 und 14 DSGVO</p> <p>Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 S. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Weitere Hinweise zum Datenschutz können Sie dem beigefügten Informationsblatt entnehmen.</p> <p>11.4 Geltendmachung von Ansprüchen</p> <p>Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich den Landkreis Oder-Spree unverzüglich informieren.</p> <p>11.5 Unterschrift</p> <p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.</p> <p>11.6 Geschlecht</p> <p>Zur leichteren Lesbarkeit der Texte wurde lediglich die männliche Form genutzt. Sie steht stellvertretend für alle Geschlechter.</p>	
44		
45 Ort, Datum Unterschrift der Eltern (Sorgeberechtigten) bzw. gesetzlichen Vertreter

Einverständniserklärung

Daten des Antragstellers (Kind):

.....
Name, Vorname

.....
geboren. am

.....
Straße, Hausnummer

.....
Wohnort

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass sich das Sozialamt des Landkreises Oder-Spree als zuständiger Träger der Eingliederungshilfe, Gutachten vom Amtsarzt oder weitere ärztliche Unterlagen bzw. Informationen der behandelnden Ärzte anfordern kann, welche für die Gewährung der Hilfen nach § 112 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) notwendig sind.

Ebenso **erkläre ich mich damit einverstanden**, dass das Sozialamt des Landkreises Oder-Spree notwendige Auskünfte bei Ämtern, Schulen und Einrichtungen sowohl abrufen, als auch erteilen darf, welche im Zusammenhang mit der o. a. Hilfestellung nach § 112 SGB IX stehen.

.....
Datum

.....
Unterschrift

(Sorgeberechtigter / gesetzlicher Vertreter)