



**Bezirk Niederbayern
-Sozialverwaltung-
Am Lurzenhof 3c
84036 Landshut**

Az.: /



- Antrag
 Verlängerungsantrag

**auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 Sozialgesetzbuch (SGB XII)
für die Gewährung von Schulgeld**

Ihre Angaben sind für die Bearbeitung des Antrages erforderlich. Nach §§ 60 SGB I ff sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Sozialhilfe erforderlich sind. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert, verarbeitet und für statistische Zwecke verwendet (Art. 16 Abs. 2 Bayerisches Datenschutzgesetz, §§ 67a ff. Sozialgesetzbuch X, §§121 ff. Sozialgesetzbuch -Zwölftes Buch-).

1. Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes

Name, Vorname		
Geburtsdatum/Geburtsort/Land		
Staatsangehörigkeit		
PLZ/Wohnort		
Straße		

2. Familienverhältnisse

des Vaters

der Mutter

(auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)

Name, Vorname		
Geburtsdatum/Geburtsort/Land		
	verst. am	verst. am
Familienstand (ledig, verheiratet, getrennt lebend, verwitwet, geschieden)		
Staatsangehörigkeit		
PLZ/Wohnort		
Straße		
Telefon		
Sorgeberechtigt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Pflegekind	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zuständiges Jugendamt		

3. Angaben zur beantragten Hilfe

Für unser/mein Kind beantrage/n wir/ich Leistungen der Eingliederungshilfe in der SVE/Schule

.....
(Name der SVE/Schule/Anschrift)

Unser Kind besucht die SVE/Schule ab

Ärztliche(s) Gutachten / Attest(e) / Bericht(e) und sonstige aussagekräftige Unterlagen (z.B. Gutachten der Frühförderstelle, Schwerbehindertenausweis)

- liegen bei.
 liegen dem (LRA / Stadt / Bezirk) _____ bereits vor.
 werden nachgereicht.

4. Anderweitige Ansprüche		
4.1 Das Kind ist	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> mit seinem Vater <input type="checkbox"/> mit seiner Mutter <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> krankenversichert bei der _____ Anschrift: _____	
4.2 Die Behinderung ist Folge eines	- Unfalles - Impfschadens - schuldhaften Verhaltens Dritter (falls ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4.3 Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen bezogen (z.B. Frühförderung)? Wenn ja, welche:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____ _____
<p>Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n). Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, sämtliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse dem Sozialhilfeträger unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>Wir weisen noch darauf hin, dass gem. § 92 Abs. 2 SGB XII das Einkommen und Vermögen der Eltern bzw. des Kindes anrechnungsfrei bleiben.</p>		
..... Ort, Datum Unterschrift gesetzlicher Vertreter Unterschrift Ehegatte/Sorgeberechtigte/r