



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

Az.:            /



- Antrag  
 Verlängerungsantrag

**auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 Sozialgesetzbuch (SGB XII)  
für den Besuch der Tagesstätte (HPT)**

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 <small>(ledig, verheiratet, getrennt lebend, verwitwet, geschieden)</small>		
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. Weitere Person(en), die im Haushalt des/der Leistungsberechtigten wohnt/wohnen:**

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Name, Vorname		Geburtsdatum	
Name, Vorname		Geburtsdatum	

**4. Angaben zur beantragten Hilfe**

**Für unser/mein Kind beantrage/n wir/ich Leistungen der Eingliederungshilfe in der Tagesstätte**

.....  
(Name der Tagesstätte/Anschrift)

**Die Betreuung soll ab            an            Tagen mit            Stunden pro Woche erfolgen.**

**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.

**5. Anderweitige Ansprüche**

5.1 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      krankenversichert bei der _____ Anschrift: _____
------------------	---

5.2 Die Behinderung ist Folge eines	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
- Unfalles	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
- Impfschadens	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
- schuldhaften Verhaltens Dritter	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
(falls ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen)		

5.3 Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen bezogen (z.B. Frühförderung)? Wenn ja, welche:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

5.4 Kostenbeitrag für Mittagessen/Unterhaltsbeitrag	<input type="checkbox"/> Der Kostenbeitrag/Unterhaltsbeitrag wird ohne Prüfung der Einkommensverhältnisse von uns übernommen <input type="checkbox"/> Unterlagen zu sozialhilferechtlichen Prüfung (Verdienstbescheinigungen, monatlichen Ausgaben) werden beigelegt
---	---

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.

Ich bin damit einverstanden, dass der Bezirk Niederbayern -Sozialverwaltung- die über mein o.g. Kind bei Einrichtungen (Schule, heilpädagogische Tagesstätten, Heime etc.), Krankenhäusern bzw. Kliniken geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, Sonderpädagogische Gutachten etc.) anfordern darf. Des Weiteren willige ich ein, dass von Ärzten, die mein o.g. Kind behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde die beteiligten Ärzte und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die ärztlichen Daten, die dem Bezirk Niederbayern bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger für deren gesetzliche Aufgaben (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ihre ärztlichen Dienste sowie einem vom Bezirk Niederbayern beauftragten Gutachter übermittelt werden dürfen.

Wir weisen noch darauf hin, dass gem. § 92 Abs. 2 SGB XII das Einkommen und Vermögen der Eltern bzw. des Kindes anrechnungsfrei bleiben.

..... Ort, Datum	..... Unterschrift gesetzlicher Vertreter	..... Unterschrift Ehegatte/Sorgeberechtigte/r
---------------------	--	---