

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe  
 nach §§ 90, 99 SGB IX (isolierte heilpädagogische Leistungen)**

**1. Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes**

1.1 Name, Vorname	
1.2 Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
1.3 Geburtsdatum und -ort	geb. am                                      in
1.4 PLZ / Wohnort	
1.5 Straße	
1.6 Seit wann am jetzigen Wohnort?	
1.7 Wurden in den letzten 6 Monaten bereits Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen (z.B. Frühförderung, integrative Kindertageseinrichtung)? Wenn ja, wer war Kostenträger:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
1.8 Staatsangehörigkeit	
1.9 Welcher <b>Kindergarten</b> bzw. welche schulvorbereitende Einrichtung (SVE) wird zurzeit besucht?	

<b>2. Familienverhältnisse</b>	<b>des Vaters</b>	<b>der Mutter</b>
2.1 Name, Vorname		
2.2 Geburtsdatum und -ort		
2.3 PLZ / Wohnort		
2.4 Straße		
2.5 Staatsangehörigkeit		
2.6 Familienstand		
2.7 Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.8 Kind in Pflegefamilie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.9 Name der Pflegeeltern		
2.10 Anschrift der Pflegeeltern		

3. Angaben zur beantragten Hilfe	
3.1 Welcher Anbieter/heilpädagogische Fachdienst führt die Förderung durch?	
3.2 Ab wann wird die Hilfe beantragt?	
3.3 Von wem wurden Sie an den Anbieter/heilpädagogischen Fachdienst vermittelt?	
3.4 Wurde Ihr Kind bereits ambulant gefördert? Wenn ja, von wem?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.5 Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen?	
3.6 Wurden aktuell Heilmittel verordnet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wo und seit wann? <input type="checkbox"/> Physiotherapie:                    seit <input type="checkbox"/> Logopädie:                                seit <input type="checkbox"/> Ergotherapie:                            seit <input type="checkbox"/> :                                seit	Praxis/Therapeut
3.7 Ist die Weiterführung der unter 3.6 genannten Therapien vorgesehen?	
3.8. Besucht Ihr Kind eine Kindertageseinrichtung (Krippe, Kindergarten, Hort)?  Wenn ja, welche Einrichtung?  Belegt Ihr Kind einen integrativen Platz in der Einrichtung?  Ist ein Fachdienst in der Kindertageseinrichtung bei Ihrem Kind eingesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein     <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

4. Anderweitige Ansprüche	
4.1 Das Kind ist krankenversichert	bei der _____ Anschrift: _____
4.2 Die Behinderung ist Folge	<input type="checkbox"/> eines Unfalls <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eines Impfschadens <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eines schuldhaften Verhaltens Dritter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.3 Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen bezogen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____

- Anlage:
- Förder- und Behandlungsplan
  - Pflegegutachten (soweit vorhanden)
  - Krankenhausberichte, SPZ-Gutachten (soweit vorhanden)
  - ärztliches Gutachten über Schulrückstellung (soweit vorhanden)

#### Erklärung:

Ich/Wir versichere/versichern, 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.

Mit/Uns ist bekannt, dass der Förder- und Behandlungsplan zusammen mit den vorgelegten ärztlichen Gutachten ggf. zu einer zusätzlichen ärztlichen Prüfung weitergeleitet wird.

#### Datenschutzhinweise gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist der Bezirk Niederbayern, Sozialverwaltung, Am Lurzenhof 15, 84036 Landshut, Telefon: 0871/97512-100, E-Mail: sozialverwaltung@bezirk-niederbayern.de.

Die Daten werden erhoben, zur Gewährung von Leistungen nach SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind BayDSG, DSGVO i.V.m. SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG und BStatG.

Soweit zur Erfüllung der Leistungsgewährung erforderlich, können die Daten gem. § 69 Abs.1 SGB X an Dritte (z.B. Sozialleistungsträger, sonstige Zahlungspflichtige) übermittelt werden.

Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter [www.bezirk-niederbayern.de](http://www.bezirk-niederbayern.de) abrufen. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von unserem behördlichen Datenschutzbeauftragten, den Sie unter Ursulinengässchen 537a, 84028 Landshut, Telefon: 0871/97512-575, E-Mail: datenschutz@bezirk-niederbayern.de erreichen können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der Eltern bzw. der Sorgeberechtigten