

Landkreis Wesermarsch
Der Landrat
Fachdienst 50 - Soziales
Poggenburger Str. 15, 26919 Brake

Aktenzeichen: **50 / 7004.1.**

Antrag auf Gewährung von Hilfe

⇒ **hier:** teilstationäre Sprachheilbehandlung im Sprachheilkindergarten

ab _____

Die geforderten Angaben sind zur Bearbeitung des Antrages erforderlich. Gemäß §§ 60 ff. SGB I sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Sozialhilfe erforderlich sind. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer automatischen Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet (§ 9 Abs. 1 BDSG).

1. Persönliche Verhältnisse

Hilfesuchende Person (Kind)	
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift	
Zuzug? Wenn ja: wann und von wo	
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	
Aufenthaltsrechtlicher Status:	
Duldung <input type="checkbox"/>	gültig bis: _____ Bitte Kopie beifügen!
Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/>	gültig bis: _____
Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/>	gültig bis: _____
Krankenversichert bei: (Name u. Anschrift der Krankenkasse)	Über wen?
Mutter / Pflegemutter	
Name, Vorname	
Geburtsdatum / Ort	Staatsangehörigkeit
Anschrift	
Telefonnummer	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Vater / Pflegevater	
Name, Vorname	
Geburtsdatum / Ort	Staatsangehörigkeit
Anschrift	
Telefonnummer	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	

2. Sonstige Personen, mit denen die leistungsberechtigten Person in Haushaltsgemeinschaft lebt

Name, Vorname				
Geburtsdatum / Ort				
Familienstand				
Verwandtschafts- verhältnis zum Hilfesuchenden				

3. Sonstige Angaben

Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt

Name, Anschrift

Grad der Behinderung

Hilfesuchende Person GdB _____ % festgestellt vom
Versorgungsamt _____
(Bitte Kopie beifügen!)

Sonstige im Haushalt lebende Personen (Name _____)
GdB _____ % festgestellt Versorgungsamt _____.

Bezogene Hilfe

Wird oder wurde bereits früher Eingliederungshilfe bezogen? ja nein

vom _____ bis _____

Behörde

Hilfeart

Kostenbeitrag für das Mittagessen

Sofern in der Einrichtung ein Mittagessen angeboten wird und Ihr Kind dieses Angebot in Anspruch nimmt, ist ein Kostenbeitrag im Rahmen der häuslichen Ersparnis zu leisten. Hierfür wird ein Betrag in Höhe von 20 v. H. des maßgeblichen Regelsatzes gefordert. Bei Bezug von Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII oder dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) – Grundsicherung für Arbeitssuchende – ist als Eigenleistung ein Betrag von 1,00 € pro Mittagessen zu berücksichtigen.

Ja, ich beziehe Leistungen nach dem SGB XII/SGB II. **Eine Kopie des aktuellen Bescheides füge ich bei.**

Sonstige Angaben

Ich beantrage hiermit gem. § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit §§ 26, 30 SGB IX und § 27b SGB XII die Übernahme der Kosten für die teilstationäre Sprachheilbehandlung im Sprachheilkindergarten der/des _____

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfestellung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen. Den behandelnden Arzt, das letztbehandelnde Krankenhaus, ärztliche Gutachter sowie den gutachtlich tätigen Arzt des Fachdienstes Gesundheit des Landkreises Weismarsch entbinde ich hiermit gegenüber dem Sozialhilfeträger von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für die Hilfestellung erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift gesetzl.
Vertreterin/Vertreter