

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

Aktenzeichen: 50/7004.1. _____

Antrag auf Gewährung von Sozialleistungen

- Erstantrag**
 Weiterbewilligungsantrag (bitte Aktenzeichen angeben!)

Hiermit beantrage/n ich/wir

- Frühförderung als Komplexleistung**
ODER
 heilpädagogische Frühförderung

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).

Hilfesuchende Person (Kind)	
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Geburtsort
Wohnort	
Straße und Hausnummer	
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	
ggf. aufenthaltsrechtlicher Status: Duldung <input type="checkbox"/> gültig bis: _____ Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> gültig bis: _____ Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> gültig bis: _____	
Krankenversichert bei: (<u>Name u. Anschrift</u> 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	
Bestehen Beihilfeansprüche gemäß der Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja zuständige Beihilfestelle ist:	

Sonstige Personen, mit denen die hilfesuchende Person noch in Haushaltsgemeinschaft lebt

Name, Vorname				
Geburtsdatum / Ort				
Verwandtschafts- verhältnis zum Hilfesuchenden				

Behandelnde Ärztin / Behandelnder Arzt
Name und Anschrift

Grad der Behinderung

Hilfesuchende Person GdB _____ % festgestellt Versorgungsamt

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

Sonstige Verhältnisse / Ansprüche gegen Dritte – bitte ankreuzen!

1. Ist die Behinderung eingetreten aufgrund eines - Unfalls?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte weitere Angaben) _____ _____ _____
- Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte weitere Angaben) _____ _____ _____
- Impfschadens?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte weitere Angaben) _____ _____ _____
- andere Ursachen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte weitere Angaben) _____ _____ _____
2. Bestehen wegen der Behinderung Schadensersatzansprüche? (z. B. wenn die Behinderung aufgrund eines Unfalles oder Impfschadens eingetreten ist)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (gegen wen? Name, Anschrift) _____ _____ _____
3. Bestehen Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)?	<input type="checkbox"/> keine weiteren Ansprüche <input type="checkbox"/> Ansprüche auf Kriegsofferfürsorge <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r <input type="checkbox"/> als Waive

	<input type="checkbox"/> Ansprüche nach dem Soldatenversorgungsgesetz <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/r <input type="checkbox"/> als Waise
	<input type="checkbox"/> Ansprüche nach dem Zivildienstgesetz als Familienangehörige/r als Waise

(Schildern Sie ausführlich und mit eigenen Worten den Grund für die Beantragung der Leistungen)

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

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass personenbezogene Daten zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs unseres Kindes innerhalb des Landkreises Wesermarsch zwischen dem Sozialamt, Gesundheitsamt und Jugendamt übermittelt werden, damit über die beantragte Leistung entschieden werden kann.

Bitte fügen Sie diesem Antrag Ihnen vorliegende Unterlagen, die für die Entscheidung von Bedeutung sein könnten, in Kopie bei (z. B. Arztberichte).



 Ort, Datum

 Unterschrift der/des Sorgeberechtigten