



# ANTRAG

## auf Leistungen der Eingliederungshilfe Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Die Leistung der Eingliederungshilfe soll dazu befähigen, die eigene Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können (§ 90 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).

Für

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen

Persönliche Angaben des/der Antragstellers/in			
Familienname (ggf. Geburtsname angeben)		Vorname(n)	
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (freiwillig: Telefon)			
erwerbsgemindert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	pflegebedürftig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Pflegegrad _____	schwerbehindert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - GdB _____ Merkzeichen _____	krankenversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - bei Versicherung _____

Betreuer / Vormund <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Name und Anschrift eintragen
Name, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (freiwillig: Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten)

Gesetzliche(r) Vertreter bei minderjährigem(r) Antragsteller/in:
Name, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (freiwillig: Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten)
_____

wird als Eingliederungshilfe beantragt:

Beschreibung der Hilfe (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen)



## Angaben zur Feststellung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers

(§§ 14, 98 Abs. 1 SGB IX):

Werden derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?

 Nein Ja, dann bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)

Falls Nein: Wurden in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?

 Nein Ja

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

und bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)

Wird derzeit eine Betreuung über Tag und Nacht in Anspruch genommen?

 Nein JaFalls Ja, dann bitte zusätzliche Angaben zum Aufenthalt in den **zwei Monaten** vor Beginn der Betreuung über Tag und Nacht: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller / gesetzlicher Vertreter

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen

Antragseingang:		ergänzend, wenn Antrag in der Behörde entgegengenommen wird:	
Datum	Stempel	Name	Unterschrift

## Hinweis auf § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Angabe von Tatsachen –

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,

2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,

3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

**ABFRAGE des Trägers der Eingliederungshilfe**

von Persönlichen Angaben von minderjährigen Antragstellern zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für die Eingliederungshilfe in Form von

- Frühförderung** (§ 109 Abs. 1 i.V.m. § 42 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX, §113 Abs. 1 i.V.m. § 79 Abs. 1 SGB IX)
- Interdisziplinäre Frühförderung** (Komplexleistung, § 109 Abs. 1 i.V.m. § 46 Abs. 3 und § 79 Abs. 3 SGB IX)
- Heilpädagogischen Leistungen in Kita, Schule oder Hort** (§ 113 Abs. 2 Nr. 3 i.V.m. § 79 Abs. 1 SGB IX)
- Hilfen zur Schulbildung (Integrationshelfer, § 112 Abs. 1 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX)**

Hinweis:

Gemäß § 60 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 sowie Absatz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) hat, wer Sozialleistungen beantragt, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen Beweisurkunden vorzulegen. Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

**1. Persönliche Verhältnisse der Antragstellerin / des Antragstellers**  
(§ 136 Abs. 1, 3 SGB IX)

Familienname (ggf. Geburtsname)	
Vorname(n)	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden seit (Urteil beifügen) _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
Geburtsdatum / Geburtsort / Kreis	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus (mit Dokument)	
Ausweisdokument mit Nummer	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass _____
Schwerbehinderung (mit Dokument)	Grad der Behinderung (GdB): _____ Merkzeichen: _____
Pflegebedürftigkeit und Leistung	Pflegegrad _____ Leistung _____ <b>Bitte Bescheid beifügen!</b>
Krankenversicherung, Name Versicherungsnummer	
Vormund / Betreuer	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Urkunde vorlegen und Anschrift eintragen _____ _____
Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
Unterbringung in einer anderen Familie (Pflegeeltern, Verwandte sonstige Personen) Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Name und Anschrift eintragen _____ _____
Sozialpädagogische Familienhilfe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Name und Anschrift eintragen _____ _____

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen



## 2. Angaben zu weiteren Personen im Haushalt der Antragstellerin / des Antragstellers (§ 136 Abs. 1, 3 und 4 SGB IX)

	NUR auszufüllen bei minderjährigem Antragsteller / bei minderjähriger Antragstellerin		Kinder, die im Haushalt wohnen (ggf. bitte auf separatem Blatt ergänzen)		
	Mutter	Vater	1	2	3
Familienname (ggf. Geburtsname)					
Vorname(n)					
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)					
Geburtsdatum, Geburtsort					
Telefon-Nr. (Festnetz, Handy)					
E-Mail-Adresse					
Staatsangehörigkeit					
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

## 3a. Angaben zu Beeinträchtigungen (Nachweise in Form von Arzt- und Krankenhaus- berichte, Laborbefunde usw. sind vorzulegen) (§ 60 Abs. 1 SGB I)

Sofern eine Konzentrationsstörung, Wahrnehmungsstörung, ADHS, ständiger Unruhe, Verhaltensauffälligkeiten oder starker Ängstlichkeit besteht, ist ein kinder- und jugend-psychiatrischer Befund oder ein Befund des Sozialpädiatrischen Zentrums beizufügen.

Bekannte ärztliche Diagnosen	_____		
Auffälligkeiten in der Entwicklung und deren Auswirkungen	_____		
Durch wen und wann wurden die Störungen der Entwicklung bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen erstmals bemerkt?	<input type="checkbox"/> Eltern/Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte <input type="checkbox"/> Andere _____	<input type="checkbox"/> Kinderarzt <input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Hort

## 3b. Angaben zur Entstehung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (§ 60 Abs. 1 SGB I) – Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

	Grund	Erläuterung
Die Behinderung ist eingetreten auf Grund von	<input type="checkbox"/> Unfall	
	<input type="checkbox"/> Impfschaden	
	<input type="checkbox"/> Gewalteinwirkung	
	<input type="checkbox"/> Andere Ursachen	
Besteht wegen der Behinderung ein Schadensersatzanspruch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Name und Anschrift des Verursachers eintragen _____	

## 3c. Angaben zu bisherige Förderungen, Behandlungen und Therapien (§ 60 Abs. 1 SGB I) – Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

	Zeitraum (von/bis)	Einrichtung
Ergotherapie		
Logopädie		
Physiotherapie		
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)		
Humangenetik		
Kindertagesstätte		
Sonstiges		

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen



Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass dem Antragsteller/der Antragstellerin/dem gesetzlichen Vertreter die Informationen zur Datenverarbeitung nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) mitgeteilt wurden.

Die Wahrheit der vorstehenden Angaben wird durch die Unterschrift versichert.

Im Falle eines Anspruches auf Leistungen der Eingliederungshilfe ist mit dem Antragsteller/der Antragstellerin ein Gesamtplan- und/oder Teilhabeplanverfahren durchzuführen. Die Angaben im Gesamtplan- und/oder Teilhabeplanverfahren werden gemeinsam mit dem Antragsteller/der Antragstellerin/dem gesetzlichen Vertreter erstellt. Diese Angaben dienen der Hilfeplanung im Rahmen des Einsatzes der Leistungen der Eingliederungshilfe.

Mit der Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin/des gesetzlichen Vertreters erklärt sich dieser/diese damit einverstanden, dass die erfassten Daten für die Durchführung der Hilfeplanung verwendet werden.

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller /  
Gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Partner/in  
(Die Richtigkeit und Vollständigkeit der mich  
betreffenden Angaben wird hiermit erklärt.)

#### Hinweis auf § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Folgen fehlender Mitwirkung –

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

**Ärztliche Bescheinigung zur Einleitung einer ambulanten/ mobilen Frühförderung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

Das oben genannte Kind wurde heute in meiner Sprechstunde vorgestellt.

**Diagnose:**

(Befund und Diagnose einschließlich Feststellung über Art, Ausmaß und voraussichtliche Dauer von Funktionsstörungen infolge Krankheit oder Behinderung)

.....  
.....  
.....

Diagnose HNO-Arzt: .....

Diagnose Arzt für Augenheilkunde: .....

Diagnose laut SPZ-Bericht: .....

Aufgrund der angeführten Krankheit / Behinderung (1) liegt eine

- körperliche Entwicklungsstörung
- statomotorische Entwicklungsstörung
- geistige Entwicklungsstörung
- Störung der Sinnesorgane
- Sprach- und Sprechstörungen
- Entwicklungs- und Verhaltensstörungen
- ..... vor.

Das Kind ist wesentlich behindert:

- JA  NEIN

Das Kind ist von einer nicht nur vorübergehenden wesentlichen Behinderung (2) bedroht:

- JA  NEIN

gegebenenfalls welche? .....

Begründung: .....

.....  
.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel, Unterschrift des Facharztes

- (1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sich in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. (§ 2 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB IX).
- (2) Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 zu erwarten ist.

## Erklärung zum Datenschutz

---

**Betrifft: Minderjährige(n)**

Name, Vorname, geb.: -----

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigte:**

Name, Vorname, geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass zwischen dem Leistungserbringer, anderen am Antragsverfahren Beteiligten und dem Sozialamt ein Austausch von Personendaten in mündlicher oder schriftlicher Form erfolgen darf.

Sollte im Rahmen meiner Antragstellung hinsichtlich der Einschätzung des individuellen Hilfebedarfs eine Hospitation in der Kindertagesstätte bzw. ein Informationsaustausch mit den Erziehern/Heilpädagogen der Einrichtung oder Heilpädagogen der Frühförderstelle durch die Mitarbeiter des Sozialamtes erforderlich sein, stimme ich dem zu.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass die Entscheidung über den Antrag für mein o.g. Kind an das Gesundheitsamt des Landkreises Harz weitergeleitet werden kann.

Halberstadt, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



**Fragebogen zur Vorbereitung der amtsärztlichen Stellungnahme  
des Landkreises Harz - Gesundheitsamt -**

1. Name und Vorname des Kindes	
2. Geb.datum	
3. Besucht Ihr Kind eine Kindertageseinrichtung wenn ja, seit wann?/ Name der Einrichtung	
4. Krankenversicherung bei:	
5. Name des Hausarztes	

6. Waren Sie mit Ihrem Kind bereits in Behandlung bzw. sind Sie mit Ihrem Kind in ständiger Behandlung bei:

6.1 Facharzt für Hals- Nasen und Ohren / bei wem / wann	
6.2. Facharzt für Orthopädie / bei wem / wann	
6.3. Facharzt für Neurologie / bei wem / wann	
6.4. Facharzt für Augenheilkunde / bei wem / wann	
6.5. Sozialpädiatrisches Zentrum / wann	
6.6 Aufzählung sonstiger Fachärzte / bei wem / wann	
6.7 War Ihr Kind bereits in einem Krankenhaus? Wo und wann?	
6.8 Gibt es bereits für Ihr Kind ärztliche Gutachten? Von wem? / Angabe des Datums	

**Bitte legen Sie dem Sozialamt mit dem Antrag auf Betreuung in einer integrativen Kindertagesstätte bzw. auf ambulante Frühförderung alle aktuellen ärztlichen Befunde vor. Der Arzt Ihres Kindes muss Ihnen diese kostenfrei zur Verfügung stellen.**

7. Welche Krankheiten hatte Ihr Kind? (Angabe der Krankheit, Zeitpunkt und Dauer)

.....

**8. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass seitens des Landkreises Harz im Rahmen meiner Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) zur Feststellung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) von der Kindertageseinrichtung/Frühförderstelle ein Entwicklungsbericht abgefordert wird.**

9. Die Erklärung von der Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht liegt dem Schreiben bei.

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift

## Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht \*)

---

### Betrifft: Minderjährige(n)

Name, Vorname, geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Erziehungsberechtigte:

Name, Vorname, geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Betrifft gutachterliche Tätigkeit/Stellungnahme

zum Auftrag vom: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

sowie die Krankenanstalten, bei denen mein Kind in ambulanter oder stationärer Behandlung  
gestanden hat \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Ärzten des Gesundheitsamtes des Landkreises  
Harz.

Ich bin auch mit der Heranziehung und Auswertung von zur gutachterlichen Tätigkeit nötigen  
Unterlagen einverstanden.

Halberstadt, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

Hiermit entbinde ich die Ärzte des Gesundheitsamtes des Landkreises Harz von der ihnen mir  
gegenüber obliegenden Schweigepflicht, soweit die Weitergabe von Daten an

\_\_\_\_\_

zur gutachterlichen Tätigkeit bei o.g. Auftrag nötig ist.

Halberstadt, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*) Mit ist bekannt, dass ich die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft  
widerrufen kann.



### Das passiert mit Ihrem Antrag auf Eingliederungshilfe - Frühförderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

das ist ein Informationsbrief von Ihrem Sozialamt. Hier informieren wir Sie über die Bearbeitungsschritte Ihres Antrages bei uns.

1. Nachdem Ihr Antrag bei uns eingegangen ist, überprüfen wir, ob alle Unterlagen bei uns sind. Wir überprüfen auch, ob Sie alles richtig ausgefüllt haben.
  - Wenn Unterlagen fehlen, senden wir Ihnen einen Brief.  
In diesem Brief steht, welche Unterlagen Sie nachreichen müssen.
  - Zum vollständigen Antrag gehört auch eine Eingangsdiagnostik der Frühförderstelle. Mit der Eingangsdiagnostik findet man heraus, was Ihr Kind gut kann und was Ihr Kind nicht so gut kann. Gehen Sie mit Ihrem Kind zu einer Frühförderstelle in Ihrer Nähe. Dort kann eine Eingangsdiagnostik gemacht werden.  
Im Landkreis Harz gibt es diese Frühförderstellen:
    - Ambulante Heilpädagogische Frühförderstelle, Burchardstraße 2 in 38820 Halberstadt (☎ 03941 41 92 272)
    - Lebenshilfe Harzkreis-Quedlinburg gGmbH, Frühförderzentrum, Stresemannstraße 10 in 06484 Quedlinburg (☎ 0151 11 34 65 74)
    - Evangelische Stiftung Neinstedt, Interdisziplinäre Frühförderstelle BUNTE STIFTE, Musestieg 28 in 06502 Thale OT Neinstedt (☎ 03947 77 52 200)
    - Lebenshilfe Wernigerode gGmbH, Frühförderstelle, Veckenstedter Weg 71 in 38855 Wernigerode (☎ 03943 92 37 31)
    - Heil- und Entwicklungspädagogische Frühförderstelle am Institut für haptische Gestaltbildung, Diana Schandermani, Ernst-Pörner-Straße 6 in 38855 Wernigerode (☎ 0170 88 85 086)
2. Wenn alle Unterlagen da sind, macht unser Amtsarzt einen Termin mit Ihnen. Der Amtsarzt ist ein Arzt und arbeitet für das Gesundheitsamt des Landkreises Harz. Der Amtsarzt führt ein persönliches Gespräch mit Ihnen und untersucht Ihr Kind.
  - Ist Ihr Kind bereits in einem Sozialpädiatrischen Zentrum? Dann brauchen Sie **keinen** Termin beim Amtsarzt. Das Sozialpädiatrische Zentrum ist eine Einrichtung, die auf Kinder und Jugendliche spezialisiert ist. Ein Sozialpädiatrisches Zentrum nennt man auch SPZ.

Wichtig: Geben Sie den Bericht vom SPZ beim Sozialamt ab.

*Dieses Dokument wurde vom Projekt Örtliches Teilhabemanagement im Landkreis Harz in einer Kooperation mit dem Sozialamt des Landkreises Harz erstellt.*



3. Wenn wir das Gutachten vom Amtsarzt haben, bearbeitet das Sozialamt wieder Ihren Antrag. Sie bekommen dann einen Brief mit der Entscheidung zu Ihrem Antrag. Diesen Brief nennt man Bescheid.

In dem Gutachten vom Amtsarzt steht das Ergebnis aus Ihrem persönlichen Gespräch mit dem Amtsarzt.

Bei Fragen zu Ihrem Antrag können Sie sich gerne telefonisch unter der **03941 59 70 50 10** melden oder eine E-Mail an **Eingliederungshilfe-Kinder@kreis-hz.de** schreiben.

**Wir informieren Sie gern über den Bearbeitungsstand Ihres Antrags mit einer E-Mail. Durch Angabe Ihrer E-Mail-Adresse auf dem Antrag erhalten Sie zu jedem Teilschritt eine E-Mail.**

---

*Dieses Dokument wurde vom Projekt Örtliches Teilhabemanagement im Landkreis Harz in einer Kooperation mit dem Sozialamt des Landkreises Harz erstellt.*



TEILHABEMANAGEMENT  
LANDKREIS HARZ  
Gemeinsam Barrieren überwinden



SACHSEN-ANHALT



EUROPÄISCHE UNION  
**ESF**  
Europäischer  
Sozialfonds