

Ausfüll·hilfe

Antrag auf Leistungen der Eingliederungs·hilfe Neuntes Buch Sozial·gesetz·buch (SGB IX)

Möchten Sie für Ihr Kind Leistungen von der Eingliederungs·hilfe beantragen?

Dann hilft Ihnen diese Ausfüll·hilfe.

Die Ausfüll·hilfe erklärt alle Fragen in Leichter Sprache.



Inhalt

Allgemeine Infos zum Antrag	2
Antrag auf Leistungen	3
I. Persönliche Angaben des/der Antrag·stellers/in	3
II. Betreuer/ Vormund.....	5
III. Gesetzliche(r) Vertreter	5
IV. Beschreibung der Hilfe.....	6
V. Angaben zur Feststellung der Zuständigkeit.....	7
Abfrage des Trägers der Eingliederungs·hilfe	9
1. Persönliche Verhältnisse	13
2. Angaben zu weiteren Personen im Haushalt der Antrag·stellerin/ des Antrag·stellers	16
3a. Angaben zu Beeinträchtigungen	17
3b. Angaben zur Entstehung der gesundheitlichen Beeinträchtigung	18
3c. Angaben zu bisherige Förderungen, Behandlungen und Therapien..	19
Unterschrift.....	20
Wo geben Sie den Antrag ab?.....	21
Verantwortliche.....	22

Allgemeine Infos zum Antrag

Wer bekommt Leistungen von der Eingliederungs·hilfe?

Kinder mit Behinderung brauchen oft Hilfe

- in der Schule
- im Hort
- in der Kita

Zum Beispiel:

- beim Sprechen
- beim Gehen
- beim Schreiben

Die Leistungen der Eingliederungs·hilfe helfen Ihrem Kind im Leben.

Sie füllen **2 Anträge** aus:

- **Antrag** auf Leistungen der **Eingliederungs·hilfe**
- **ABFRAGE** des Trägers der **Eingliederungs·hilfe**



Die Anträge bekommen Sie beim Sozialamt im Landkreis Harz.

Oder über den QR-Code:



Brauchen Sie eine Beratung?

Rufen Sie eine Fachkraft im Sozialamt an.

Telefon: 03941 59 70 50 10

Antrag auf Leistungen

I. Persönliche Angaben des/der Antragstellers/in

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

Hier schreiben Sie:

- **Wie heißt Ihr Kind?**
- **Wo wohnt Ihr Kind?**

- **erwerbsgemindert**

Kreuzen Sie **Nein** an.

- **pflegebedürftig**

Bekommt Ihr Kind Hilfe bei der Pflege?

Kreuzen Sie **Ja oder Nein** an.

Schreiben Sie welchen Pflegegrad Ihr Kind hat.

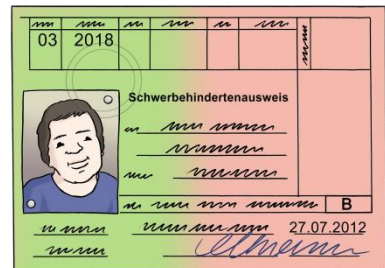


- **Schwerbehindert**

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

Kreuzen Sie **Ja oder Nein** an.

Welchen Grad der Behinderung hat Ihr Kind?



Gibt es ein Merkzeichen?

Das Merkzeichen „G“ oder „aG“ heißt zum Beispiel:

- Ihr Kind kann nicht gut gehen.
- Ihr Kind sitzt im Rollstuhl.

Schreiben Sie das Merkzeichen auf!

II. Betreuer/ Vormund

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)

- Haben Sie einen Betreuer?
- Hat Ihr Kind einen Betreuer?

Ein **Betreuer** ist ein Mensch.

Dieser Mensch wurde **vom Gericht bestimmt**.

Dieser Mensch **hilft Ihnen bei Entscheidungen und Wünschen**.

Zum Beispiel:

- bei einem Antrag
- beim Arzt-besuch
- beim Umgang mit Geld



III. Gesetz-licher Vertreter

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

Ist Ihr Kind unter 18 Jahre alt?

Schreiben Sie hier den gesetz-lichen Vertreter rein.



Das sind zum Beispiel:

- Eltern
- Vormund

Ein Vormund ist die gesetzliche Vertretung von einem Kind bis es 18 Jahre alt ist.

IV. Beschreibung der Hilfe

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

Schreiben Sie, was Ihr Kind alleine **nicht** gut kann.

Zum Beispiel:

- gehen
- sprechen
- schreiben

In welche Einrichtung soll Ihr Kind gehen?

V. Angaben zur Fest-stellung der Zu-ständig-keit

Angaben zur Feststellung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers (§§ 14, 98 Abs. 1 SGB IX):
Werden derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?
<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)
Falls Nein: Wurden in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?
<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja von _____ bis _____ und bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)
Wird derzeit eine Betreuung über Tag und Nacht in Anspruch genommen?
<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja
Falls Ja, dann bitte zusätzliche Angaben zum Aufenthalt in den zwei Monaten vor Beginn der Betreuung über Tag und Nacht: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Hier schreiben Sie:

- Bekommt Ihr Kind Leistungen von der Eingliederungs-hilfe aus einer anderen Stadt?

Kreuzen Sie **Ja oder Nein** an.

Wenn ja:

Von wem hat ihr Kind die Leistungen bekommen?

Schreiben Sie den **Namen** und die **Adresse**.

- Hat Ihr Kind schon Leistungen der Eingliederungshilfe bekommen?

Kreuzen Sie **Ja oder Nein** an.

Wenn ja:

Wann hat Ihr Kind die Leistungen bekommen?

Von wem hat ihr Kind die Leistungen bekommen?

Schreiben Sie den **Namen** und die **Adresse**.

- Wohnt Ihr Kind in einer Einrichtung?

Wird Ihr Kind in der Einrichtung Tag und Nacht betreut?

Kreuzen Sie **Ja oder Nein** an.

Wenn ja:

Schreiben Sie die **Adresse** von **der Einrichtung** auf.

Abfrage des Trägers der Eingliederungs-hilfe

Sozialagentur

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)**

Frühförderung

Ihr Kind ist zwischen 0 und 6 Jahre alt.

Ihr Kind ist behindert.

Ihr Kind ist von einer Behinderung bedroht.

Das heißt: Ihr Kind kann eine Behinderung bekommen.

Zum Beispiel: weil Ihr Kind sehr lange krank ist.

Ihr Kind braucht viel Hilfe im Leben.

Zum Beispiel: beim Sprechen

Bei der Frühförderung bekommt Ihr Kind Hilfe von einer Fachkraft.

Eine Fachkraft ist zum Beispiel:

- Heilpädagog*in
- Heilerziehungspfleger*in

Die Fachkraft lernt viel mit Ihrem Kind.

Zum Beispiel: Ihr Kind lernt besser sprechen.

Die Hilfe ist zu Hause oder in einer Einrichtung.



□ Interdisziplinäre Frühförderung

Ihr Kind ist zwischen 0 und 6 Jahre alt.

Ihr Kind ist behindert.

Ihr Kind ist von einer Behinderung bedroht.

Das heißt: Ihr Kind kann eine Behinderung bekommen.

Zum Beispiel: weil Ihr Kind sehr lange krank ist.

Ihr Kind braucht viel Hilfe im Leben.

Zum Beispiel: beim Sprechen

Interdisziplinär heißt: viele Fachkräfte arbeiten zusammen

Ihr Kind bekommt Hilfe von vielen Fachkräften.

Zum Beispiel:

- Ein Logopäde und ein Heilpädagoge lernen mit Ihrem Kind sprechen.

UND: Eltern bekommen auch Hilfe.

Eltern bekommen Infos für sich selbst und für Ihr Kind.

Die Hilfe ist zu Hause oder in einer Einrichtung.



□ Heilpädagogische Leistungen in Kita, Schule oder Hort

Ihr Kind ist behindert.

Ihr Kind ist von einer Behinderung bedroht.

Das heißt: Ihr Kind kann eine Behinderung bekommen.

Zum Beispiel: weil Ihr Kind sehr lange krank ist.

Ihr Kind geht in eine Einrichtung.

- Kita
- Schule
- Hort



Heilpädagogische Leistungen heißt:

Ihr Kind bekommt Hilfe in der Einrichtung.

Dafür kommt eine Fachkraft in die Einrichtung.

- Ihr Kind soll selbstständig sein.
Das heißt: Ihr Kind soll viel alleine können.
- Ihr Kind soll selbst entscheiden.
- Ihr Kind soll mitmachen am Leben.

Die Fachkraft hilft Ihrem Kind dabei.

□ Hilfen zur Schulbildung

Ihr Kind ist behindert.

Ihr Kind ist von einer Behinderung bedroht.

Das heißt: Ein Kind kann eine Behinderung bekommen.

Zum Beispiel: weil Ihr Kind sehr lange krank ist.

Ihr Kind geht in die Schule.

Ihr Kind braucht Hilfe in der Schule.

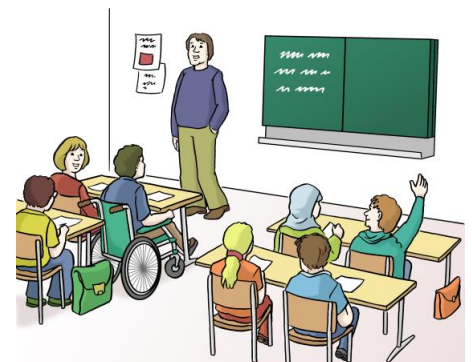
Dafür bekommt Ihr Kind einen Helfer.

Der Helfer geht mit Ihrem Kind in die Schule.

Der Helfer hilft Ihrem Kind im Unterricht.

Der Helfer hilft Ihrem Kind in den Pausen.

Dann kann Ihr Kind besser lernen.



1. Persönliche Verhältnisse

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 _____ Bitte Bescheid beifügen!
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 _____ _____

Der **Antragsteller** ist **Ihr Kind**, das Leistungen von der Eingliederungshilfe braucht.

Sie schreiben alle Angaben von Ihrem Kind auf.

Familienstand: Kreuzen Sie **ledig** an.

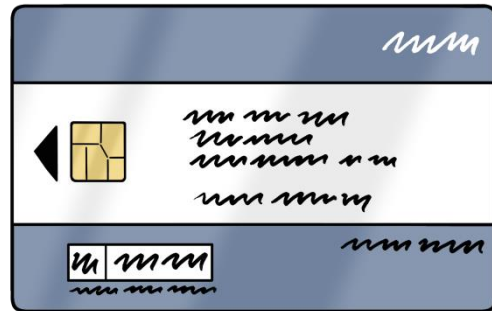
Aufenthaltsstatus: Hier schreiben Sie rein, wenn Ihr Kind aus dem Ausland ist.



Bank-Verbindung

Die **IBAN** steht **vorne** auf Ihrer Bank-karte.

Die **BIC** steht **hinten** auf Ihrer Bank-karte.

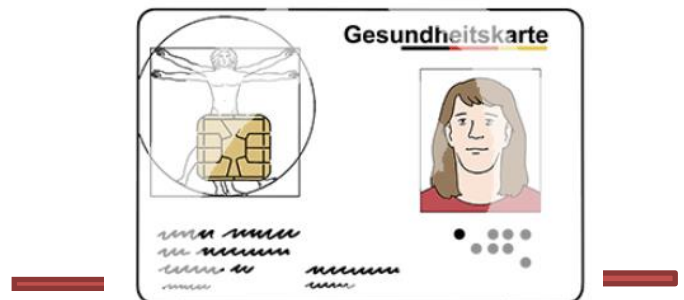


Schreiben Sie den Namen von Ihrer Bank.

Kranken-versicherung

Schreiben Sie den Namen von Ihrer Kranken-kasse.

Die Nummer steht auf Ihrer Kranken-kassen-karte.



Unterbringung in einer anderen Familie

Wohnt Ihr Kind bei:

- Pflege-eltern?
- Tante oder Onkel?
- Bekannten?

Wenn ja:

Schreiben Sie den **Namen** und die **Adresse**.

Sozialpädagogische Familienhilfe

Das ist eine Fachkraft vom Jugendamt.

Diese Fachkraft hilft der Familie.

Zum Beispiel bei:

- der Erziehung von Ihrem Kind
- Problemen im Leben
- Fragen zu Ämtern

Die Fachkraft kommt zu Ihnen nach Hause.

Hilft Ihnen eine Fachkraft von der sozialpädagogischen Familienhilfe?

Wenn ja:

Schreiben Sie den **Namen** und die **Adresse**.

2. Angaben zu weiteren Personen im Haushalt der Antragstellerin/ des Antragstellers

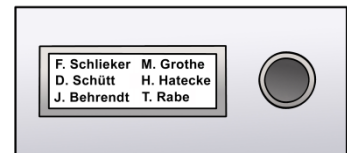
2. Angaben zu weiteren Personen im Haushalt der Antragstellerin / des Antragstellers (§ 136 Abs. 1, 3 und 4 SGB IX)					
	NUR auszufüllen bei minderjährigem Antragsteller / bei minderjähriger Antragstellerin		Kinder, die im Haushalt wohnen (ggf. bitte auf separatem Blatt ergänzen)		
	Mutter	Vater	1	2	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			

Hier schreiben Sie:

- Mit wem wohnt Ihr Kind zusammen?

Schreiben Sie die Angaben von:

- Mutter
- Vater



Leben die Eltern **nicht** zusammen?

Schreiben Sie auf, bei wem Ihr Kind wohnt.

Wohnt Ihr Kind bei der Mutter **oder** bei dem Vater?

- Hat Ihr Kind Geschwister? Leben die Geschwister im selben Haushalt?
 - Brüder
 - Schwestern

Wenn ja: Schreiben Sie die Angaben der Geschwister.

Wichtig!

Kreuzen Sie an, wer sorge·berechtigt ist.

Sorge·berechtigt heißt: Sie sorgen für Ihr Kind.

Sie sind verantwortlich für Ihr Kind.

3a. Angaben zu Beeinträchtigungen

3a. Angaben zu Beeinträchtigungen (Nachweise in Form von Arzt- und Krankenhausberichte, 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"/> Kinderarzt <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hort <input type="checkbox"/> Andere _____

Hat Ihr Kind eine Krankheit?

Schreiben Sie die Krankheit auf.

Hat Ihr Kind Probleme?

Zum Beispiel:

- Ihr Kind kann **nicht** gut gehen.
- Ihr Kind kann **nicht** gut sprechen.

Kreuzen Sie an, wer die Probleme bemerkt hat.

Zum Beispiel:

- Eltern
- Kinderarzt
- Schule

Wann wurden die Probleme bemerkt?

3b. Angaben zur Entstehung der gesundheitlichen Beeinträchtigung

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 _____	

Hat Ihr Kind die Behinderung durch:

- einen Unfall?
- schlimme Probleme nach einer Impfung?
- Gewalt?
- eine Krankheit?

Schreiben Sie auf, warum Ihr Kind behindert ist.

Bekommt Ihr Kind dafür regelmäßig Geld?

Kreuzen Sie **Ja oder Nein** an.

3c. Angaben zu bis-herigen Förder-ungen, Behand-lungen und Therapien

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		

Hat Ihr Kind schon eine Therapie bekommen?

War Ihr Kind zum Beispiel:

- bei der Ergo·therapie?
- bei der Logo·pädie?
- bei Fach·ärzten?

Sie schreiben:

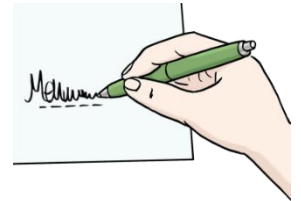
- **Wann** war Ihr Kind da?

Schreiben Sie den **Namen** und die **Adresse**.

Unterschrift

Das ist wichtig! Prüfen Sie folgende Angaben:

- Haben Sie alle Fragen beantwortet?
- Haben Sie alle wichtigen Unterlagen?
- Haben Sie unterschrieben?



Brauchen Sie Hilfe beim Antrag?

Oder haben Sie Fragen zum Antrag?

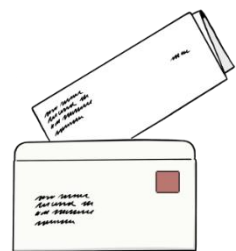
Dann rufen Sie im Sozialamt an:

Telefon: 03941- 59 70 50 10



Wo geben Sie den Antrag ab?

- Sie **geben** den **Antrag persönlich** ab.
Dafür brauchen Sie einen **Termin**.
Schwanebecker Straße 14
Zimmer 3.221
38820 Halberstadt
- Sie **werfen** den **Antrag** in den **Briefkasten vom Sozialamt**.
Halberstadt, Schwanebecker Straße 14
Quedlinburg, Gebäude Alte Post, Bahnhofstraße 15
Wernigerode, Kurtsstraße 13
- Sie **schicken** den **Antrag per Post** an die Adresse:
Landkreis Harz
Sozialamt
Schwanebecker Straße 14
38820 Halberstadt



Verantwortliche

Der Text ist von:

Örtliches Teilhabemanagement
Landkreis Harz
Sozialamt
Kurtsstraße 13
38855 Wernigerode



TEILHABEMANAGEMENT
LANDKREIS HARZ
Gemeinsam
Barrieren überwinden

Der Text wird herausgegeben von:

Landkreis Harz
Friedrich-Ebert-Str. 42
38820 Halberstadt



LANDKREIS HARZ

Die Bilder sind von:

© Lebenshilfe Bremen e.V.
Waller Heerstraße 55
28217 Bremen



Lebenshilfe
Bremen | Leichte Sprache

Verantwortlich für die Teilhabe-Verwaltung:

Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration

Turmschanzenstraße 25

39114 Magdeburg



Verantwortlich für die Förderung:

Ministerium der Finanzen

EU-Verwaltungsbehörde

EFRE/ESF

Editharing 40

39108 Magdeburg

