

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe gemäß § 113 Abs. 2 in Verbindung mit § 79 SGB IX bzw. AsylbLG

in Form von:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Frühförderung
<input type="checkbox"/> Psychomotorik (Aucouturier)
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <input type="checkbox"/> Sprachheilkindergarten
<input type="checkbox"/> Heilpädagogischer Kindergarten
<input type="checkbox"/> Integrations-KiTA/-Krippe |
|---|--|

Bitte ggf. Name des gewünschten Leistungserbringers angeben:

Wichtiger Hinweis:

Bitte alle Felder vollständig ausfüllen und zutreffendes ankreuzen!

Sollte der Platz für einzelne Angaben nicht ausreichend sein, bitte gesondertes Blatt beifügen.

I. Persönliche Verhältnisse	Antragsteller/in (Kind) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Pflegevater	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Lebenspartnerin <input type="checkbox"/> Pflegemutter
1. Name (und ggf. Geburtsname)			
2. Vorname			
3. Geburtsdatum			
4. Geburtsort			
5. Familienstand			
6. Staatsangehörigkeit			
7. aufenthaltsrechtlicher Status / Titel	Gestattung / Duldung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gültig bis _____ anderer Aufenthaltstitel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gültig bis _____	Gestattung/Duldung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gültig bis _____ anderer Aufenthaltstitel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gültig bis _____	Gestattung/Duldung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gültig bis _____ anderer Aufenthaltstitel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gültig bis _____
8. Wohnanschrift	_____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort	_____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort	_____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort
9. Telefonnummer/n ggf. E-Mail			
10. Beruf/ Beschäftigung			
11. Arbeitgeber / Schule (Name und Anschrift)	_____ Name	_____ Name	_____ Name

IV. Unterhaltspflichtige außerhalb des Haushalts (nichtehelicher Kindesvater, geschiedener Elternteil)

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Verwandtschaftsverhältnis		
Wohnort		
Straße, Nr.		

V. Aufenthaltsverhältnisse (§ 98 SGB IX)

Hat das antragstellende Kind in den letzten sechs Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 SGB IX erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Name des Trägers/der Behörde _____
In den letzten zwei Monaten vor Antragstellung hat das antragstellende Kind sich an der unter I. Nr. 8. angegebenen Adresse aufgehalten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unter folgenden Anschriften bzw. Adressen hat sich das Kind aufgehalten: _____ von... bis... Anschrift _____ von... bis... Anschrift _____ von... bis... Anschrift	

VI. Ansprüche gegen Dritte

Bestehen Schadensersatzansprüche bzw. könnten sie bestehen, weil die Behinderung aufgrund eines... <input type="checkbox"/> Impfschadens <input type="checkbox"/> Unfalls <input type="checkbox"/> Gewaltverbrechens eingetreten ist.
<input type="checkbox"/> oder aus anderem Rechtsgrund, nämlich:
Wenn ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

Erklärungen der antragstellenden Person:

• **Wahrheit und Vollständigkeit**

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

• **Änderungsmitteilungen**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich **jede Änderung** meiner **Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse**, jede **Änderung meiner Wohnverhältnisse**, sowie jede Änderung von Wohnort und Krankenhausaufenthalte **unverzüglich dem Amt Inklusion mitteilen werde**. Ebenso werde ich jede **Arbeitsaufnahme**, auch Aushilfs-/Gelegenheitsarbeiten oder Praktika, **vor Arbeitsaufnahme dem Amt Inklusion unverzüglich mitteilen**.

Die Beantragung anderer Sozialleistungen (z.B. Arbeitslosengeld II, Pflegegeld) werde ich ebenfalls **unverzüglich dem Amt Inklusion mitteilen**.

- **Strafbarkeit von unwahren und unvollständigen Angaben**

Ich weiß, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben in diesem Antrag sowie durch verspätete oder unterlassene Änderungsmitteilungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen während des Leistungsbezuges gem. § 263 Strafgesetzbuch strafbar mache. Wer Sozialhilfebetrug begeht, kann mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren oder mit einer Geldstrafe bestraft werden. Bereits der Versuch ist strafbar.

- **Datenschutzhinweis**

Bitte nehmen Sie das **Merkblatt Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zum Gesamt- und Teilhabepflichtverfahren Niedersachsen** zur Kenntnis.

- **Ermächtigungen**

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten (freiwillige Angabe; sofern Sie die Einwilligung nicht erteilen, haben Sie im Rahmen der Mitwirkungspflichten die erforderlichen Informationen und Unterlagen selbst beizubringen)

Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass das Amt Inklusion - soweit für die abschließende Prüfung dieses Antrags erforderlich - Akten anderer Träger der Sozialhilfe und sonstiger Sozialleistungsträger, Behörden und öffentlicher Stellen einsehen, die erforderlichen Informationen einholen und ggf. erforderliche Unterlagen in Kopie zur Akte im Amt Inklusion übernehmen darf.

Ich willige hiermit ein, dass das Amt Inklusion für die Leistungserbringung erforderliche amtsärztliche/fachärztliche Stellungnahmen mit Diagnostik nach ICD 10 zur Feststellung der Notwendigkeit der beantragten Maßnahme einholen bzw. entgegennehmen darf.

Ich ermächtige hiermit das Amt Inklusion die sozialmedizinische Stellungnahme an die aufnehmende Kindertagesstätte weiter zu leiten.

Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt davon unberührt.

Ort/Datum	Unterschrift 1. Antragsteller(in) bzw. (gesetzlicher) Vertreter	Unterschrift 2. Antragsteller(in) bzw. (gesetzlicher) Vertreter
Bei Unterschrift durch Vertreter:	Name, Vorname des Vertreters (Blockschrift)	Name, Vorname des Vertreters (Blockschrift)

Urschriftlich zurück an den:

**Landkreis Hameln-Pyrmont
31 Amt Inklusion
Süntelstraße 9
31785 Hameln**