



Antrag eingegangen am:

Eingangsstempel

Zurück an:

**Stadt Oldenburg**  
**Amt für Teilhabe und Soziales**  
**26105 Oldenburg**

Antrag ausgehändigt

Namenskürzel

**Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB IX)**  
- für Kinder und Jugendliche -

**1. Beantragte Leistung**

**Ambulante Eingliederungshilfe:**

- Frühförderung  Schulbegleitung  
 Assistenzleistung  
 Hilfsmittel: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Eingliederungshilfe in Kindertagesstätte/Tagesbildungsstätte:**

- Integrationskrippe  Integrationskindergarten  
 Heilpädagogischer Kindergarten  Sprachheilkindergarten  
 Hort  Tagesbildungsstätte  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**mit Mittagsverpflegung:**

- ja  nein

**Eingliederungshilfe über Tag und Nacht**

- Wohnheim  Internat  
 \_\_\_\_\_

**Name und Anschrift der vorgeschlagenen Einrichtung:**

\_\_\_\_\_

**Mögliche Aufnahme ab:**

\_\_\_\_\_

**Ich wünsche die Leistungserbringung als persönliches Budget?**  ja  nein

**Hinweis:** durch die Bedarfsfeststellung kann sich eine abweichende erforderliche Leistung ergeben

## 2. Angaben zum Kind

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Steueridentifikationsnr.: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  trans/inter

Geburtsort und Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ asylberechtigt:  ja   
nein

**Hinweis:** Nachweis zum Aufenthaltstitel ist beizufügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt.

Familienstand:  Ledig  Verheiratet  Geschieden  
 Getrennt lebend  Verwitwet  Eheähnliche Gemeinschaft

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

Krippe/Kindergarten/Schule: \_\_\_\_\_

Anzahl minderjähriger Geschwister im Haushalt: \_\_\_\_\_

## 3. Angaben zu den Eltern

### Elternteil A

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Steueridentifikationsnr.: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  trans/inter

Geburtsort und Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Nachweis zum Aufenthaltstitel ist beizufügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt.

Familienstand:  Ledig  Verheiratet  Geschieden  
 Getrennt lebend  Verwitwet  Eheähnliche Gemeinschaft

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

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Einzugsdatum: \_\_\_\_\_ Vorheriger Wohnort: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

### Elternteil B

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Steueridentifikationsnr.: \_\_\_\_\_

**Geschlecht:**  männlich  weiblich  trans/inter

**Geburtsort und Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Nachweis zum Aufenthaltstitel ist beizufügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt.

**Familienstand:**  Ledig  Verheiratet  Geschieden  
 Getrennt lebend  Verwitwet  Eheähnliche Gemeinschaft

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

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Einzugsdatum:** \_\_\_\_\_ **Vorheriger Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Ausgeübter Beruf (freiwillige Angabe):** \_\_\_\_\_

#### 4. Personensorgeberechtigung

**Wer ist Personensorgeberechtigt?**

Beide Eltern  Mutter  Vater  Vormund  Pflegeeltern

Bei Vormundschaft oder Pflegeeltern bitte folgendes angeben:

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

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

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

#### 5. Schwerbehinderung

**Liegt eine Schwerbehinderung vor?**

Ja\*  Nein

Beantragt am \_\_\_\_\_  Abgelehnt am \_\_\_\_\_

Hinweis: Bei „Ja“, Schwerbehindertenausweis beifügen und ausfüllen:

**Grad der Behinderung:** \_\_\_\_\_ **Merkzeichen:** \_\_\_\_\_ **Befristung:** \_\_\_\_\_

#### 6. Kranken- und Pflegeversicherung

**Sind Sie kranken- und pflegeversichert?**

Ja  Nein

**Kranken- und Pflegekasse:** \_\_\_\_\_ **Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

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

**Beihilfeberechtigung:**  Ja  Nein **Beihilfestelle:** \_\_\_\_\_

## 7. Pflegegrad

**Liegt ein Pflegegrad vor?**

Ja, Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Nein

Beantragt am: \_\_\_\_\_

Abgelehnt am: \_\_\_\_\_

Hinweis: Falls ein Pflegegrad vorliegt, ist der Bescheid der Pflegekasse und das aktuelle ausführliche Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) beizufügen

Inanspruchnahme:  Pflegegeld  Sachleistungen  Kombinationsleistungen

Letztmalige Überprüfung durch den MDK: \_\_\_\_\_

**Erhalten Sie Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)?**

Ja

Nein

Beantragt am: \_\_\_\_\_

Abgelehnt am: \_\_\_\_\_

## 8. Familienkasse

**Zuständige Familienkasse:** \_\_\_\_\_

**Kindergeldnummer:** \_\_\_\_\_

## 9. Angaben zur Behinderung

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Behandelnder Facharzt:** \_\_\_\_\_

**Ursache der Behinderung**

durch/seit Geburt

durch Unfall

durch Impfschaden

durch Gewalteinwirkung  unklar

sonstiges: \_\_\_\_\_

**Bestehen privatrechtliche oder gesetzliche Ansprüche aufgrund der Behinderung?**

Nein

Ja, gegen: \_\_\_\_\_

Anspruch auf Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz

Anspruch auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge

*\*Hinweis: Fügen Sie einen aktuellen Facharztbericht bei*

## 10. Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe

Haben Sie in der Vergangenheit bereits Leistungen der Jugend- oder Eingliederungshilfe beantragt oder erhalten?  Ja, bis \_\_\_\_\_  Nein

Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben, geben Sie bitte folgendes an:

Jugend-/Eingliederungshilfeträger: \_\_\_\_\_

Vom Träger gewährte Leistung: \_\_\_\_\_

## 11. Beziehen Sie existenzsichernden o.ä. Leistungen? Ja Nein

- Leistungen des Jobcenters (Arbeitslosengeld II)
- Leistungen des Sozialhilfeträgers (Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt)
- Wohngeld
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)
- Keine

Oldenburg, den \_\_\_\_\_

Unterschriften der Personensorgeberechtigten

### Anlagen zu diesem Antrag:

1. Merkblätter zum Antrag auf Eingliederungshilfe und zum Datenschutz