



Stadt Erlangen
Amt für Soziales, Arbeit und Wohnen
Postfach 3160
91051 Erlangen

Sie erreichen uns
Mo 8 - 12 und 14 - 18 Uhr
Di, Fr 8 - 12 Uhr
Mi geschlossen
Do 8 - 14 Uhr
Telefon 09131 86-2693
Telefax 09131 86-2633
E-Mail christa.holzapfel@stadt.erlangen.de

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für heilpädagogische Maßnahmen nach § 54 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Beginn der Förderung ab: Zuständige Tagesstätte:

Anschrift der Tagesstätte:

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:

Familienname Vornamen

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Telefon Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Krankenkasse mit genauer Anschrift:

Name der Krankenkasse

Versicherungsnummer (bei Fam.vers. Versicherter!)

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Familienverhältnisse des Vaters:

Familienname	<input type="text"/>	Vornamen	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Hausnummer	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

Beruf	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>	Hausnummer	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>

Familienverhältnisse der Mutter:

Familienname	<input type="text"/>	Vornamen	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Hausnummer	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

Beruf	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>	Hausnummer	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>

Der/Die Leistungsberechtigte/r lebt mit folgenden weiteren Angehörigen oder sonstigen Personen in Haushaltsgemeinschaft

Familienname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverh. zum Leistungsberechtigten	<input type="text"/>		
Beruf, Gewerbe	<input type="text"/>		

Familienname Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Verwandtschaftsverh. zum Leistungsberechtigten

Beruf, Gewerbe

Familienname Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Verwandtschaftsverh. zum Leistungsberechtigten

Beruf, Gewerbe

Familienname Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Verwandtschaftsverh. zum Leistungsberechtigten

Beruf, Gewerbe

Familienname Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Verwandtschaftsverh. zum Leistungsberechtigten

Beruf, Gewerbe

Familienname Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Verwandtschaftsverh. zum Leistungsberechtigten

Beruf, Gewerbe

Familienname Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Verwandtschaftsverh. zum Leistungsberechtigten

Beruf, Gewerbe

Seit wann wohnt das o.g. Kind in Erlangen:

Bitte die bisherige Anschrift angeben, sofern der Umzug in den letzten zwei Monaten stattgefunden hat:

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Ist die Behinderung Folge eines Impfschadens, Unfall oder Gewaltverbrechens?

nein

ja

Werden andere Sozialleistungen bezogen?

nein

ja

Wenn ja, welche:

Es besteht Einverständnis, dass das Untersuchungsergebnis der Überprüfung der Sonderschulbedürftigkeit bzw. der Notwendigkeit der Aufnahme in einer Tageseinrichtung für behinderte Menschen sowie der Feststellungsbescheid der Schule dem zuständigen Sozialhilfeträger zugeleitet wird.

Es besteht Einverständnis, dass die teilstationäre Einrichtung dort vorliegende ärztliche Gutachten dem zuständigen Sozialhilfeträger zuleitet.

Es besteht Einverständnis, dass die teilstationäre Einrichtung dem zuständigen Sozialhilfeträger auf Anforderung Entwicklungsberichte zuleitet.

Vorstehende Angaben haben wir nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Uns ist bekannt, dass wir wegen wissentlich falscher Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten müssen.

Erklärung:

Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n). Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, einen Umzug, den Wegfall von Sozialhilfeleistungen und den Wechsel der Krankenkasse unverzüglich dem Sozialamt mitzuteilen.

Ort

Datum

Unterschrift beider Eltern bzw. gesetzl. Vertreter