

Antrag auf Gewährung von Leistungen

Ich / Wir beantrage/n als Personensorgeberechtigte/r folgende Hilfe

<input type="checkbox"/> Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder (§ 19 SGB VIII)
<input type="checkbox"/> Kindertagespflege (§ 23 SGB VIII)
<input type="checkbox"/> Soziale Gruppenarbeit (§ 29 SGB VIII)
<input type="checkbox"/> Erziehungsbeistandschaft (§ 30 SGB VIII)
<input type="checkbox"/> Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII)
<input type="checkbox"/> Erziehung in einer Tagesgruppe (§ 32 SGB VIII)
<input type="checkbox"/> Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII)
<input type="checkbox"/> Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform (§ 34 SGB VIII)
<input type="checkbox"/> Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35 SGB VIII)
<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe für behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Kinder, Jugendliche, junge Volljährige als <input type="checkbox"/> ambulante Hilfe <input type="checkbox"/> teilstationäre Hilfe <input type="checkbox"/> stationäre Hilfe <input type="checkbox"/> Familienpflege
<input checked="" type="checkbox"/> Sonstige Hilfe: § 35a SGB VIII Eingliederungshilfe als Schulintegrationshilfe

für	Name, Vorname	_____
	frühere Namen	_____
	geboren am	_____ in _____
	Staatsangehörigkeit	_____
	Anschrift / PLZ, Ort	_____ seit _____
	Straße	_____
	krankenversichert bei ¹	_____
	versichert über	_____
	Sorgeberechtigte/r	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter
		<input type="checkbox"/> andere Person Name, Vorname _____
	(Beschluss beifügen)	geb. am _____
		Anschrift _____

Mutter	Name, Vorname	_____
	frühere Namen	_____ geboren am _____ in _____
	Familienstand	_____
	Staatsangehörigkeit	_____
	Beruf, ausgeübte Tätigkeit	_____
	Anschrift / PLZ, Ort	_____ seit _____
	Straße	_____

Vater	Name, Vorname	_____
	frühere Namen	_____ geboren am _____ in _____
	Familienstand	_____
	Staatsangehörigkeit	_____
	Beruf, ausgeübte Tätigkeit	_____
	Anschrift / PLZ, Ort	_____ seit _____
	Straße	_____

s. Rückseite

¹ Angaben zur Krankenversicherung sind nur erforderlich beim Antrag auf stationäre Hilfe. Bitte genaue Anschrift der Krankenkasse eintragen.

Begründung der/des Personensorgeberechtigten

Begründung des Kindes - der/des Jugendlichen - der/des Volljährigen

Vor der Antragstellung wurde ich/wir als Personensorgeberechtigte/r vom örtlichen Jugendhilfeträger über folgendes informiert:

Bei der Ausgestaltung der Hilfe wurde ich/wurden wir bzw. werde ich/werden wir mit einbezogen und werde/n die geplanten Maßnahmen auch zukünftig durch Zusammenarbeit mit dem örtlichen Jugendhilfeträger bzw. im Rahmen der Hilfeplanung unterstützen.

Ich/Wir wurden vom örtlichen Jugendhilfeträger informiert, dass die Eltern und das Kind zu den Kosten der beantragten Jugendhilfemaßnahme beizutragen haben, soweit dies aufgrund der wirtschaftlichen Situation zumutbar ist. Außerdem wurde ich/wir vom örtlichen Jugendhilfeträger informiert, dass ich/wir daher zur Auskunftserteilung über meine/unsere wirtschaftlichen Situation sowie die des Kindes verpflichtet sind. Geldleistungen, die dem gleichen Zweck wie die beantragte Jugendhilfeleistung dienen (z. B. Unterhalt, Hinterbliebenenrente, BAB, BAföG), sind ebenfalls zur Deckung der entstehenden Jugendhilfekosten einzusetzen. Gleiches gilt bezüglich des Kindergeldes.

Bei Unterbringung in einer Pflegefamilie oder Einrichtung sind die für die Erziehung verantwortlichen Personen berechtigt, mich/uns bei den Geschäften des täglichen Lebens in der Ausübung der elterlichen Sorge zu vertreten.

Mit der Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Daten, die für die Gewährung bzw. die Durchführung der Hilfe benötigt werden, bin ich/sind wir einverstanden.

Die Richtigkeit der Angaben bestätige ich/ bestätigen wir mit nachstehender Unterschrift.

Ort

Datum

(Unterschrift Sorgeberechtigte)

(Unterschrift Sorgeberechtigter)

Antrag erhalten / entgegengenommen am	_____
Fall-Nummer	(Unterschrift Sozialarbeiter/in)