**Stellungnahme des Jugendamtes**

**Beantragtes Kind** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Antragsdatum** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Ansprechpartner/in** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Telefon und eMail** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Bei anderer als deutscher Staatsangehörigkeit**

[ ] Der/die Sorgeberechtigte/n hält/halten sich mit dem Kind rechtmäßig

[ ] seit dem Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ] befristet bis zum Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ] unbefristet

 in der BRD auf.

[ ] Der/die Sorgeberechtigte/n hält/halten sich mit dem Kind nicht rechtmäßig in der BRD auf.

[ ] Der/die Sorgeberechtigte/n sind nicht zur Erlangung von Sozialhilfe eingereist.

[ ] Der/die Sorgeberechtigte/n sind zur Erlangung von Sozialhilfe eingereist.

Anhaltspunkte hierfür bitte auf einem Beiblatt darstellen.

[ ] Der/die Sorgeberechtigte/n und das Kind beziehen seit insgesamt       Monaten Leistungen nach § 3 AsylbLG.

**Bei einem Pflegekind**

Der sozialhilferechtlich gewöhnliche Aufenthalt des Kindes war vor Aufnahme in die Pflegefamilie bei der/dem/den Sorgeberechtigten in Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift**

**Ort, Datum** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Antrag**

**auf Kostenübernahme für einen Platz**

**in einer Heilpädagogischen Kindertageseinrichtung (§§ 53 SGB XII)**

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Eingliederungshilfe entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und Ihr Kind benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und vollständig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 6 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift zu bestätigen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch-Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden

**Ausgewählte Heilpädagogische Kindertageseinrichtung**

**HPK**

Name Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Anschrift Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Allgemeine Angaben zum Kind und seinen Eltern**

**Kind**Name, Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geschlecht Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Anschrift Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Mutter**

Name, Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Anschrift Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon (freiwillig) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Vater**

Name, Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Anschrift Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon (freiwillig) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Pflegeeltern**

Mutter Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vater Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Anschrift Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon (freiwillig) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Vormund**

Anschrift Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon (freiwillig) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Beantragte Leistung**

Ich/wir beantrage/n ab dem Klicken Sie hier, um Text einzugeben. folgende Leistungen

[ ] wöchentliche Betreuungszeit von 30 – 35 Stunden

[ ] wöchentliche Betreuungszeit von 45 Stunden

 Die Beantragung von 45 Wochenstunden begründe/n ich/wir wie folgt

 [ ] Berufstätigkeit der Mutter/Pflegemutter

 Regelmäßige tägliche Arbeitszeit von       Uhr bis      Uhr

 Arbeitsstätte Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Entfernung zwischen Kindertageseinrichtung und Arbeitsstätte in km

 Fahrzeit eines Weges in Minuten

 [ ] Berufstätigkeit des Vaters/Pflegevaters

 Regelmäßige tägliche Arbeitszeit von       Uhr bis       Uhr

 Arbeitsstätte Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Entfernung zwischen Kindertageseinrichtung und Arbeitsstätte in km

 Fahrzeit eines Weges in Minuten

 [ ] Berufstätigkeit sonstiger Sorgeberechtigter Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Regelmäßige tägliche Arbeitszeit von       Uhr bis       Uhr

 Arbeitsstätte Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Entfernung zwischen Kindertageseinrichtung und Arbeitsstätte in km

 Fahrzeit eines Weges in Minuten

**In allen Fällen ist diesem Antrag eine Bescheinigung des/der Arbeitsgeber/s beizufügen.**

[ ] Sonstige Gründe, die es mir/uns unmöglich machen, das Kind nachmittags selbst zu betreuen

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Fahrtkosten der bei einer 45stündigen Betreuung nachmittäglich späteren Abholung aus der Heilpädagogischen Kindertageseinrichtung können nur übernommen werden, wenn den Sorgeberechtigten die Abholung ihres Kindes aus behinderungsbedingten Gründen nicht zugemutet werden kann oder anderenfalls eine unbillige Härte entstehen würde.

[ ] Die Abholung des Kindes wird von mir/uns selbst erledigt.

[ ] Ich/wir beantrage/n die Fahrtkostenübernahme für die Abholung aus folgendem Grund
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Staatsangehörigkeit des Kindes**

Die beantragte Sozialhilfe kann Ausländerinnen und Ausländern geleistet werden, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist. Die Kenntnis der Staatsangehörigkeit des Kindes ist daher unerlässlich.

[ ] Deutsche Staatsangehörigkeit

[ ] Andere Staatsangehörigkeit, und zwar Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Aufenthaltsstatus des Kindes**

Bitte angeben, sofern keine deutsche oder EU-Staatsangehörigkeit besteht.

Die Kenntnis des Aufenthaltsstatus ist wichtig zur Feststelllung von Ansprüchen.

[ ] Anerkannter Flüchtling

[ ] Asylbewerber/in

[ ] Sonstiger Aufenthaltsstatus, und zwar Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Eine Kopie des aktuellen Aufenthaltstitels der Ausländerbehörde ist diesem Antrag beizufügen.**

**Ursache der Behinderung des Kindes**

zur Prüfung von Regeressansprüchen.

Sollte die Behinderung durch ein Fremdverschulden eingetreten sein, so ist der Schädiger zum Ersatz der Aufwendungen verpflichtet bzw. es besteht ein Anspruch nach anderen Leistungsgesetzen.

[ ] Schädigung ohne Fremdeinwirkung, z. B. als Folge einer Erkrankung

[ ] Schädigung durch einen Arzt- oder Hebammenfehler

[ ] Schädigung durch einen (Verkehrs-)Unfall

[ ] Schädigung als Folge eines Impfschadens

[ ] Schädigung durch einen vorsätzlichen Angriff

[ ] Ursache der Schädigung ist nicht bekannt

**Regressansprüche aufgrund der Behinderung des Kindes**

Bestehen oder bestanden Ansprüche gegen einen Schädiger, eine Versicherung oder beim Versorgungsamt?

Wird oder wurde ein Rechtsstreit wegen der Entstehung der Behinderung geführt?

[ ] Nein, es bestehen und bestanden weder solche Ansprüche noch Forderungen.

[ ] Ja, es bestehen oder bestanden solche Ansprüche oder Forderungen gegen

Name Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Anschrift Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Versicherung/Versorgungsamt Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Versicherungsnummer, Aktenzeichen Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Im Falle von mehreren Schädigern fügen Sie diesem Antrag bitte eine Aufstellung der Namen, Anschriften und Versicherungsangaben bei.

**Beihilfeansprüche**

Sozialhilfe erhält nicht, wer die Leistung auch von Trägern anderer Sozialleistungen erhalten kann. Die Beihilfe ist eine Leistung, die vorrangig einzusetzen ist. Der Sozialhilfeträger wird einen eventuellen Beihilfeanspruch bei der beihilfegewährenden Stelle geltend machen.

**Mutter**

[ ] Mein Kind ist über mich als Beamtin oder Versorgungsempfängerin des Bundes, des Landes, einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes, der Deutschen Bahn AG, der Deutschen Post AG, der katholischen oder evangelischen Kirche und ihrer Einrichtungen, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts oder einer Bank/Versicherung in öffentlicher Trägerschaft beihilfeberechtigt.

Anschrift der beihilfegewährenden Stelle Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Aktenzeichen Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ] Ich bin weder Beamtin noch Versorgungsempfängerin bei einer der o. a. Stellen.

**Vater**

[ ] Mein Kind ist über mich als Beamter oder Versorgungsempfänger des Bundes, des Landes, einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes, der Deutschen Bahn AG, der Deutschen Post AG, der katholischen oder evangelischen Kirche und ihrer Einrichtungen, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts oder einer Bank/Versicherung in öffentlicher Trägerschaft beihilfeberechtigt.

Anschrift der beihilfegewährenden Stelle Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Aktenzeichen Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ] Ich bin weder Beamter noch Versorgungsempfänger bei einer der o. a. Stellen.

**Kostenbeitrag für das Mittagessen**

In der Heilpädagogischen Kindertageseinrichtung wird ein Mittagessen angeboten. Hierfür zahlen Eltern an den Landschaftsverband Westfalen-Lippe – LWL - einen Kostenbeitrag in Höhe von 2,50 Euro pro Verpflegungstag.

Sollten Sie diesen Kostenbeitrag nicht zahlen können, prüft der LWL anhand der Sozialhilfesätze, ob Sie zu dem Personenkreis gehören, für den die Aufbringung der Kosten unzumutbar ist.

Um dieses prüfen zu können, bitten wir Sie um folgende Angaben und Nachweise:

[ ] Ja, ich/wir erkläre/n mich/uns bereit, den Kostenbeitrag von zur Zeit 2,50 Euro pro Verpflegungstag zu entrichten. Meine/unsere wirtschaftlichen Verhältnisse muss ich/müssen wir daher nicht offenlegen.

[ ] Nein, ich/wir kann/können den Kostenbeitrag nicht leisten, weil ich/wir folgende Leistung/en beziehe/n

[ ] Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II

[ ] Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII

[ ] Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII

[ ] Kindergeldzuschlag nach § 6a BKGG

**Eine Kopie des aktuellen Bescheides ist diesem Antrag beizufügen.**

[ ] Nein, ich/wir kann/können den Kostenbeitrag nicht leisten, weil meine/unsere wirtschaftlichen Verhältnisse dies nicht zulassen.

**Wenn dieses zutrifft, werden Informationen zu Ihren Einkommens- und Vermögensverhältnissen benötigt. Sie erhalten im Rahmen der Antragsprüfung zur Angabe Ihrer o. a. Verhältnisse einen entsprechenden Erfassungsbogen.**

[ ] Nein, der Kostenbeitrag entfällt, da es sich um ein Pflegekind handelt.

[ ] Nein, der Kostenbeitrag entfällt, da das Kind nicht am Mittagessen teilnimmt.

**Derzeitiger Kindergartenbesuch**

[ ] Mein/unser Kind besucht derzeit keinen Kindergarten.

[ ] Mein/unser Kind besucht derzeit folgenden Kindergarten

Name Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Anschrift Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Wichtige Hinweise zur Beifügung erforderlicher Unterlagen**

Folgende Unterlagen sind neben den im Antrag bereits aufgeführten Unterlagen für eine Antragsprüfung und mögliche Leistungsgewährung in jedem Fall erforderlich:

1. **Unterschriebene datenschutzrechtliche Einwilligung und Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht.**
2. **Aktuelle (amts-)ärztliche Stellungnahme, aus der Art und Umfang der Behinderung hervorgehen.**

Ohne o. a. datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung und aktuelle (amts-)ärztliche Stellungnahme zum Behinderungsbild Ihres Kindes ist eine weitere Bearbeitung und damit eine Leistungsgewährung nicht möglich.

Wenn Ihnen noch weitere Gutachten oder Stellungnahmen z.B. von Frühförderstellen oder Therapeuten vorliegen, fügen Sie diese bitte auch dem Antrag bei.

**Erklärungen und Unterschrift**

Den Antrag habe ich/haben wir wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu meinem/unserem Kind habe ich/haben wir gemacht, weil ich/wir sorgeberechtigt bin/sind.

Wenn und solange mein/unser Kinder Eingliederungshilfe erhält, werde ich/werden wir Änderungen der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen.

**Ort, Datum** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift der Sorgeberechtigten** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Stellungnahme des Einrichtungsträgers**

**Beantragtes Kind** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Antragsdatum** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Ansprechpartner/in** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Telefon und eMail** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Aufnahmedatum**

[ ] Das Kind wird bereits seit dem       in der beantragten Einrichtung betreut.

[ ] Das Kind soll zum       in die beantragte Einrichtung aufgenommen werden.

Wenn das Aufnahmedatum nicht auf den 1. eines Monats fällt bzw. gefallen ist, bitte angeben, ob der Platz im Aufnahmemonat des o. a. Kindes noch von einem anderen Kind belegt war bzw. sein wird.

[ ] Der Platz war bzw. wird noch im Aufnahmemonat des o. a. Kindes von einem anderen Kind belegt/belegt sein.

[ ] Der Platz war bzw. wird im Aufnahmemonat des o. a. Kindes von keinem anderen Kind belegt/belegt sein.

**Ganztagsbetreuung (45 Wochenstunden)**

[ ] Der Antrag der/des Sorgeberechtigten auf Ganztagsbetreuung ihres/seines Kindes wird befürwortet. Zudem ist das Kind gesundheitlich zu einer Ganztagsbetreuung in der Lage (unverb. Einschätzung).

[ ] Der Antrag der/des Sorgeberechtigten auf Ganztagsbetreuung ihres/seines Kindes wird nicht befürwortet, weil

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift**

**Ort, Datum** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.