

1	Erstantrag auf Kurzzeitbetreuung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)	
2	<p><u>Wozu dient dieser Antrag?</u></p> <p>Sie möchten Eingliederungshilfe als Unterstützung beantragen. Eingliederungshilfe ist eine Leistung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Dafür braucht der LWL von Ihnen Informationen und Unterlagen. Bitte füllen Sie dazu diesen Antrag sorgfältig aus. Dabei kann Sie auch jemand unterstützen, z.B. Ihre rechtliche Betreuung, eine Person Ihres Vertrauens oder eine Beratungsstelle.</p> <p>Achten Sie bitte auf die Erläuterungen, die an einigen Stellen in Klammern stehen. Bitte lesen Sie auch die Hinweise auf Seite 5. Vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 6 zu unterschreiben. Damit bestätigen Sie, dass alles richtig ist, was Sie geschrieben haben. Haben Sie eine rechtliche Betreuung? Dann kann auch Ihr*e Betreuer*in unterschreiben.</p> <p>Die Angaben sind notwendig, damit der LWL über Ihre Unterstützung entscheiden kann. Deshalb dürfen Ihre Daten abgefragt werden. Das steht im Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in § 67a Abs. 2 Satz 1. Die Angaben dürfen auch gespeichert und genutzt werden. Dafür muss der LWL das Gesetz beachten (§ 67b Abs. 1 SGB X).</p>	
3	Auszufüllen, wenn die betreuende Person wegen einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation ausfällt	
4	Wurde die Kostenübernahme für die Kurzzeitbetreuung bereits beim Kostenträger der medizinischen Rehabilitation beantragt?	<input type="radio"/> Ja, bei der/dem <input type="radio"/> Krankenkasse <input type="radio"/> Berufsgenossenschaft <input type="radio"/> Rentenversicherungsträger Wenn Sie die Frage mit Ja beantworten können, ist der Träger der medizinischen Rehabilitation zuständig. <input type="radio"/> Nein
5	Informationen zu dem Kurzeintaufenthalt	
6	Name und Anschrift der besonderen Wohnform für kurzzeitiges Wohnen	
7	Zeitraum/Zeiträume der Betreuung/en	

8	Welche Person soll in Kurzzeitbetreuung?	
9	Nachname: Vorname:	
10	Geburtsdatum	
11	Besucht Ihr Kind eine Schule?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
12	Wie ist die aktuelle Adresse?	
13	Straße, Hausnummer	
14	Postleitzahl, Ort	
15	Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr Kind? (Bitte schicken Sie bei „anderer Staatsangehörigkeit“ einen Nachweis/Beleg in Kopie. Eine Erläuterung dazu finden Sie in Zeile 28, bei den Hinweisen.)	<input type="radio"/> Mein Kind hat die deutsche Staatsangehörigkeit. <input type="radio"/> Mein Kind hat eine andere Staatsangehörigkeit, nämlich:
16	Weitere Fragen zu Ihnen	
17	Nachname: Vorname:	
18	Haben Sie eine abweichende Adresse zu Ihrem Kind?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (bitte füllen Sie Zeile 19 und 20 aus)
19	Straße, Hausnummer	
20	Postleitzahl, Ort	
21	Haben Sie bzw. Ihr Kind eine:n rechtlichen Betreuer:in / einen Vormund:Vormünderin? (Bitte schicken Sie bei „Ja“ einen Nachweis/Beleg in Kopie. Eine	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Nachname: Vorname: Adresse:

	Erläuterung dazu finden Sie in Zeile 28, bei den Hinweisen.)	
22	Ist der Grund für die Behinderung Ihres Kindes ein Unfall, ein Behandlungsfehler, ein Impfschaden oder eine Verletzung durch eine andere Person? (Bitte schicken Sie bei „Ja“ oder „Ich weiß es nicht“ einen Nachweis/Beleg in Kopie. Eine Erläuterung dazu finden Sie in Zeile 28, bei den Hinweisen.)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Ursache: <input type="radio"/> Unfall <input type="radio"/> Behandlungsfehler <input type="radio"/> Impfschaden <input type="radio"/> Verletzung durch eine andere Person <input type="radio"/> Ich weiß es nicht.
23	<u>Nur auszufüllen, wenn bei Zeile 22 „Ja“ angekreuzt ist.</u> Bestehen/Bestanden Ansprüche gegen den anderen oder dessen Versicherung?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ich weiß es nicht.
24	Informationen zu Ihrer Krankenversicherung/Pflegeversicherung/Beihilfe	
25	Ist Ihr Kind kranken- und pflegeversichert?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja gesetzlich versichert bei: privat versichert bei: Name der Krankenkasse: Versicherungsnummer:
26	Hat Ihr Kind oder Ihre Eltern Ansprüche auf Beihilfe aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wer: Anschrift des Dienstherrn: Beihilfenummer:
27	Hat die Pflegekasse bei Ihrem Kind Pflegebedürftigkeit festgestellt?	<input type="radio"/> Nein,

	<p>(Bitte schicken Sie eine Kopie des Bescheides Ihrer Pflegekasse, sobald Ihr Antrag entschieden ist. Eine Erläuterung dazu finden Sie in Zeile 28, bei den Hinweisen.)</p>	<p><input type="radio"/> weil ich keinen Antrag gestellt habe. (Bitte stellen Sie einen Antrag.)</p> <p><input type="radio"/> weil mein Antrag abgelehnt wurde.</p> <p><input type="radio"/> weil mein Antrag noch nicht entschieden wurde.</p> <p><input type="radio"/> Ja, mit folgendem Pflegegrad:</p>
--	--	--

Hinweise

28	<p>Welche Nachweise/Belege müssen Sie schicken?</p> <p>Bitte fügen Sie dem Antrag eine aktuelle ärztliche Bescheinigung zur ICD 10 Diagnose hinzu.</p> <p>Wenn Sie bei Zeile 15, 21, 22, oder 27 ein „Ja“ angekreuzt haben, schicken Sie bitte einen Nachweis/Beleg. Hier können Sie ankreuzen, welche Nachweise/Belege Sie beifügen.</p> <p>Zeile 15: Ihr Kind ist ausländische:r Mitbürger:in?</p> <p>Der LWL benötigt einen Nachweis über den aufenthaltsrechtlichen Status Ihres Kindes. Sie können eine Kopie des Passes oder Passersatzes schicken oder eine Bescheinigung des Ausländeramtes.</p> <p>Zeile 21: Haben Sie oder Ihr Kind eine rechtliche Betreuung / eine:n Vormund:Vormünderin? Der LWL benötigt eine Kopie der Bestellsurkunde vom Gericht</p> <p>Zeile 22: Ein anderer hat Schuld an der Behinderung Ihres Kindes?</p> <p>- Der LWL muss wissen, welche Person die Behinderung verursacht hat oder haben könnte (Name und Adresse). - Gab oder gibt es ein Strafverfahren bei der Staatsanwaltschaft? Dann benötigt der LWL das Aktenzeichen und ein Kopie eines Schreibens der Staatsanwaltschaft. - Haben Sie bereits mit einer Versicherung Kontakt oder hat Ihr Kind schon Leistungen von einer Versicherung bekommen? Dann sagen Sie uns bitte den Namen, die Anschrift und das Aktenzeichen der Versicherung. Wenn Sie schon ein Schreiben der Versicherung haben, schicken Sie bitte eine Kopie.</p> <p>Zeile 27: Die Pflegekasse hat einen Pflegegrad festgestellt? Der LWL benötigt eine Kopie des Bescheides der Pflegekasse.</p>
----	--

Datum
Datum

Unterschrift Antragsteller*in
Unterschrift rechtliche Betreuung

Wohin schicken Sie Ihren Antrag?

Sie können den Antrag mit der Post oder elektronisch verschicken, z.B. per Fax oder E-Mail. Bitte schicken Sie Ihren Antrag an die folgende Adresse:

Postanschrift

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Dezernat Jugend und Schule
Soziale Teilhabe für Kinder und Jugendliche
48133 Münster

Elektronisch

E-Mail: teilhabe-kiju-530@lwl.org