



TeilhabeFachdienst Jugend

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Hinweis: Sie können sich durch die ergänzenden unabhängigen Beratungsstellen beraten lassen. Diese finden Sie unter <https://www.teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-der-eutb>. Ein Flyer mit den Adressen kann Ihnen bei Bedarf ausgehändigt werden.

Antragsteller/Antragstellerin

Hinweis: Bis zum Alter von 15 Jahren muss der Antrag auf Leistungen zur Eingliederungshilfe für ein Kind von den gesetzlichen Vertretern oder dem gesetzlichen Vertreter oder der gesetzlichen Vertreterin gestellt werden. Das können beide Elternteile gemeinsam, ein Elternteil alleine, ein Vormund oder eine Vormundin sein. Das heißt, Antragsteller bzw. Antragstellerin ist das Kind und die Angaben, die hier erforderlich sind, beziehen sich auf das Kind.

Familienname	
Geburtsname Ggf. früher geführte Namen	
Vorname(n)	
Geburtsdatum, -ort	
Geschlecht (freiwillige Angabe)	
Wohnort	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	
In Berlin seit	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus	
Notwendigkeit eines Dolmetschers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sprache des Kindes	
Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid (bitte Nachweis vorlegen!)	<input type="checkbox"/> ja Grad der Behinderung Merkzeichen weitere Merkzeichen gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am



Diagnose der Krankheit(en)	
Ist die Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigung bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigung	

Ansprüche gegen Dritte

Bestehen Ansprüche gegen den Verursacher oder die Verursacherin oder dessen Versicherung	<input type="checkbox"/> ja (bitte Versicherungsunterlagen oder Bescheid vom Versorgungsamt beifügen!) <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> nein
Name des Verursachers oder der Verursacherin	
Werden Sie bei der Durchsetzung Ihrer Ansprüche durch einen Rechtsanwalt oder eine Rechtsanwältin vertreten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name des Rechtsanwaltes/der Rechtsanwältin	
Aktenzeichen	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	
E-Mail-Adresse	

Hinweis. Wenn Sie durch einen Rechtsanwalt oder eine Rechtsanwältin vertreten werden, wird sich das Jugendamt zukünftig im Hinblick auf die Ansprüche gegen Dritte an den Rechtsanwalt oder die Rechtsanwältin wenden, soweit das von der anwaltlichen Vollmacht umfasst ist.

**Elternteil 1**

Familiennamen	
Geburtsnamen Ggf. früher geführte Namen	
Vorname (n)	
Geburtsdatum, -ort	
Wohnort	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)	
E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)	
Elterliche Sorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Elternteil 2

Familiennamen	
Geburtsnamen Ggf. früher geführte Namen	
Vorname (n)	
Geburtsdatum, -ort	
Wohnort	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)	
E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)	
Elterliche Sorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Vormundschaft

Familiennamen	
Geburtsnamen Ggf. früher geführte Namen	
Vorname (n)	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Telefon	
E-Mail-Adresse	
Angaben zum zuständigen Jugendamt (mit Stellenzeichen)	

Pflegeelternteil 1

Familiennamen	
Geburtsnamen Ggf. früher geführte Namen	
Vorname(n)	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Telefon	
E-Mail-Adresse	
Angaben zum zuständigen Jugendamt (mit Stellenzeichen)	

Pflegeelternteil 2

Familiennamen	
Geburtsnamen Ggf. früher geführte Namen	
Vorname(n)	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Telefon	
E-Mail-Adresse	
Angaben zum zuständigen Jugendamt (mit Stellenzeichen)	

Bitte die jeweiligen Nachweise beifügen!

Weitere Informationen zur leistungsberechtigten Person

Geschwister

- ja wenn ja, Anzahl
- nein

Liegen medizinische Befunde vor (bitte Kopie beifügen!)

- ja
- nein

Kranken- und Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse	
Art der Mitgliedschaft	
Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenversichert über:	
Name	
Vorname	
Mitgliedsnummer	
Es besteht kein Kranken- und Pflegeversicherungsschutz	<input type="checkbox"/>
§ 264 SGB V	<input type="checkbox"/>

Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig gemacht zu haben.

Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen des Bedarfes, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich gegenüber dem Träger der Eingliederungshilfe, Teilhabefachdienst, anzuzeigen sind (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGBI). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familienverhältnissen anzeigen. Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren. Wenn ich Unterstützung bei den Pflichten der Mitwirkung benötige, teile ich dies dem Teilhabefachdienst mit, der mich dann gemäß § 106 Abs. 2 und 3 SGB IX unterstützen kann.

Hinweise zum Datenschutz

Siehe Information über die Verarbeitung von Sozialdaten

Anwesenheit eines Dritten

Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben im Antrag in Anwesenheit eines/r Dolmetschers/in, eines Verfahrenslotsen oder einer Verfahrenslotsin/ anderer Personen gemacht wurden.

Name, Vorname	Angabe des Kommunikationsweges (z.B. Gebärdensprache) oder Sprache eintragen	Unterschrift
---------------	--	--------------

Hinweis: Grundsätzlich muss der Antrag von allen gesetzlichen Vertretern unterschrieben werden. Möglich ist auch die Vorlage einer Vollmacht zugunsten eines gesetzlichen Vertreters.

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum

Antragsteller/in oder gesetzliche Vertreter/in

Änderungsvermerk

Ich bestätige, dass die Änderungen und Ergänzungen, welche die Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

Ort, Datum

Antragsteller/in oder gesetzliche Vertreter/in

Kontaktaufnahme

Wie möchten Sie bei Rückfragen vom Teilhabefachdienst Jugend kontaktiert werden?

- Telefonisch
- Per Post
- Per E-Mail
- Ich bin erblindet oder sehbehindert und möchte in einer für mich wahrnehmbaren Form kontaktiert werden (§ 10 Abs. 1 S. 2 BGG)



Stellungnahme Teilhabefachdienst Jugend

Vorstehende Angaben sind

- vollständig
 nicht vollständig.

Der Krankenversicherungsschutz ist

- geklärt
 Prüfung des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes veranlassen

Beizubringende Unterlagen sind

- vollständig
 nicht vollständig und werden nachgereicht

Entbindung von der Schweigepflicht

- liegt vor
 liegt nicht vor

Ort, Datum

Unterschrift, Stellenzeichen Mitarbeiter/in des
Teilhabefachdienstes