

Behörde/Eingangsstempel	Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) in Einrichtung über Tag und Nacht oder in einer besonderen Wohnform
--------------------------------	--

1. Persönliche Angaben des Antragstellers

Antragsteller(in) - Name des Kindes	
Name	
Vorname/n	
Geburtsdatum und Ort	
Familienstand	
Staatsangehörigkeit	(bei Personen, die keine deutsche Staatsangehörigkeit haben, ist der aufenthaltsrechtliche Status nachzuweisen)
Derzeitige Wohnanschrift des Kindes. Ggf. Name der Einrichtung	

2. Angaben zu Eltern oder Sorgeberechtigten (Bitte Nachweis beifügen, wenn Sie alleinerziehend sind oder das alleinige Sorgerecht haben)

	Vater	Mutter
Name		
Vorname		
Anschrift		
Geburtsdatum		
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon und E-Mail (Angabe freiwillig)		
Vormund/Betreuer oder Pfleger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bitte Nachweise beifügen

3. Aufenthalt des Kindes

Wo lebt Ihr Kind aktuell?	<input type="checkbox"/> bei den Eltern/Elternteil <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> in einer stationären Einrichtung <input type="checkbox"/> bei einer anderen Person
Wenn Ihr Kind nicht bei Ihnen lebt, geben Sie bitte die Adresse an, unter der das Kind zuletzt mit den Eltern oder einem Elternteil zusammengelebt hat	

4. Angaben der Eltern zu unterhaltspflichtigen Personen

Leben weitere Kinder im Haushalt? (wenn ja, fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Unterhaltsverpflichtungen gegenüber Kindern oder anderen Personen außerhalb des Haushalts? (wenn ja, fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leben Sie in einer Ehe oder einer Lebenspartnerschaft und leben mit dem Partner/in in einem gemeinsamen Haushalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls nein, führen Sie eine eheähnliche Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Angaben zum Antragsteller

Wurde eine Schwerbehinderung oder ein Pflegegrad festgestellt? (wenn ja, fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Befindet sich die antragstellende Person (Kind) bereits in der Einrichtung? (wenn ja, fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden Leistungen anderer Träger bezogen? (Krankenkasse, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Opferentschädigung) (wenn ja, fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat die antragstellende Person gesundheitliche Einschränkungen? (wenn ja, fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**6. Einkommensverhältnisse der im Haushalt lebenden Eltern im vorletzten Jahr
(Zwei Jahre vor dem aktuellen Jahr)** Streichen Sie nicht zutreffendes Einkommen

Art des Einkommens	jährlich €	Art des Einkommens	jährlich €
Erwerbseinkommen (brutto)		Leistungen Agentur für Arbeit (Arbeitslosengeld I, Insolvenzgeld etc.)	
Einkommen aus selbständiger Tätigkeit		Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (Arbeitslosengeld II)	
Krankengeld		Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (3 u. 4 Kapitel) (Sozialhilfe)	
Unterhalt		Entgelt Werkstatt für behinderte Menschen	
Renteneinkommen		Ausbildungsvergütung	
Betriebsrente		sonstiges Einkommen	

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.

Einkommen des anderen Elternteils (wenn wohnhaft im selben Haushalt)	Einkommensart	jährlich €

7. Absatzbeträge

Besteht bei einem Elternteil eine Schwerbehinderung? (wenn ja, fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat ein Elternteil Werbungskosten, die jährlich höher sind als 1000,00 € ? (wenn ja, fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8. Vermögensverhältnisse des Antragstellers und der im Haushalt lebenden Eltern/des im Haushalt lebenden Elternteils Streichen Sie nicht zutreffendes Vermögen.

Vermögenswerte (aktuell) (Bitte fügen Sie jeweils die entsprechenden Nachweise bei)	Höhe in €
Guthaben auf Girokonto/Girokonten/Konten von Online-Zahlungsdienstleistern	
Lebensversicherung oder ähnliche Versicherungen (Rückkaufswert)	
Sachvermögen (Grundvermögen)	
Sparbuch / -bücher	
Staatlich geförderte Altersvorsorge (z.B. Riesterverträge)	
sonstiges Vermögen/Auto/Immobilien	

9. Kranken- und Pflegeversicherung des Antragstellers

es besteht Krankenversicherungsschutz (wenn ja, fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Es handelt es sich um eine

Pflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
freiwillige Versicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Familienversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
private Versicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Name und Anschrift der Krankenkasse	Versicherungsnummer

10. Einwilligungserklärungen

Erklärung:

Erklärung des/der gesetzlichen Vertreter (Eltern oder andere Sorgeberechtigte) für das im Antrag genannte Kind

Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben, Mitwirkungs- und Informationspflicht

Wir versichern/ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Wir verpflichten uns/ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind (insbesondere Einrichtungs- oder Wohnortwechsel) dem Wetteraukreis, Fachstelle Teilhabe und Eingliederungshilfe, Europaplatz, 61169 Friedberg, sofort schriftlich mitzuteilen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie nach § 60 ff. SGB I verpflichtet sind, alle Tatsachen anzugeben, die für eine Leistungsgewährung erheblich sind.

Kommen wir/komme ich unserer/meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Versagung des Antrags bzw. zur Einstellung/Rückforderung bereits gewährter Leistungen führen (§ 66 SGB I). Uns/mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betrugs möglich ist und zu Unrecht bezogene Leistungen zu erstatten sind.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Landkreis Wetterau als Träger der Sozialhilfe

Im Rahmen unserer/meiner Mitwirkungspflicht nach §§ 60 - 67 Sozialgesetzbuch I sind wir/bin ich verpflichtet, Ärzte und andere heilberuflich Tätige, die das genannte Kind behandeln oder behandelt haben, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den zuständigen Dienststellen des Sozial-, Jugend- und Gesundheitsamtes zu entbinden (soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist).

Weiterleitung des Antrags sowie personenbezogener und medizinischer Informationen zwischen den Dienststellen des Wetteraukreises

Wir erklären uns/ich erkläre mich einverstanden, dass dieser Antrag und die vorgelegten medizinischen Unterlagen gemäß den Vorgaben der §§ 67 und 69 SGB X zwischen den zuständigen Dienststellen des Wetteraukreises (Sozial-, Jugend-, Gesundheitsamt) im Rahmen des Antrags- und Bewilligungsverfahrens sowie zur Überprüfung des behinderungsbedingten Bedarfs weitergeleitet werden.

Ort, Datum	Ort, Datum
Gesetzlicher Vertreter/in/Vormund bzw. Erziehungsberechtigte/r	Gesetzlicher Vertreter/in/Vormund bzw. Erziehungsberechtigte/r

Hinweis: Es müssen alle sorgeberechtigten Personen unterschreiben