

**Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte oder von Behinderung bedrohter Kinder im Vorschulalter nach dem 6. Kapitel Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe (SGB XII)**

<input type="checkbox"/> <b>Erstantrag</b>	<input type="checkbox"/> <b>Folgeantrag</b>
--	---

**I. Persönliche Verhältnisse des leistungsberechtigten Kindes**

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			
Geburtsort:			
Wohnanschrift:			
Staatsangehörigkeit:			
Krankenkasse, Anschrift:			
Pflegestufe nach dem SGB XI:	<input type="checkbox"/> ja, Pflegestufe: (I-III)	<input type="checkbox"/> nein	
Feststellung Schwerbehinderung:	<input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein	
Besuch Kindertageseinrichtung:	<input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein	
Name, Anschrift:			
Weitere Therapien/Leistungen: (Logopädie, Ergo-, Physiotherapie, Sozialpädiatrisches Zentrum etc., o. ä.)			
Amtsvormund:	<input type="checkbox"/> ja, Name:	<input type="checkbox"/> nein	
Unterbringung in einer anderen Familie: (Pflegeeltern, Verwandte o. ä.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sozialpädagogische Familienhilfe:	<input type="checkbox"/> ja, Name:	<input type="checkbox"/> nein	
Behinderung wegen:	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Gewaltverbrechen	<input type="checkbox"/> Impfschaden
Ansprüche aus Entschädigungsrecht:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**II. Familienverhältnisse (Personensorgeberechtigte/r)**

	Mutter	Vater
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Familienstand:		
Wohnanschrift:		
Telefonnummer:		
Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
gerichtlich bestellter Betreuer:	<input type="checkbox"/> ja, Name:	<input type="checkbox"/> ja, Name:
Bemerkung:		

III. Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Kinder	
<input type="checkbox"/>	ambulante Frühförderung
<input type="checkbox"/>	integrativer Betreuungsplatz in einer Kindertageseinrichtung nach dem SächsKitaG
<input type="checkbox"/>	heilpädagogischer Betreuungsplatz in einer heilpädagogischen Kindertageseinrichtung
<input type="checkbox"/>	stationäre Leistung
<input type="checkbox"/>	_____
geplanter Leistungsbeginn:	
Leistungserbringer/ Einrichtung:	Interdisziplinäre Frühförderstelle
	Diakonie Dippoldiswalde e.V.
	Ziegelstr. 5 01705 Freital

IV. Erklärung	
<p>Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund §§ 60-65 Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I) erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen sowie etwaiger Ansprüche gegenüber Drittverpflichteten benötigt. Bei fehlender Mitwirkung Ihrerseits kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.</p> <p>Es wird versichert, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind. Es ist bekannt, dass man sich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar macht (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu unrecht erlangte Leistungen erstattet werden müssen.</p> <p>Es wird das Einverständnis erklärt, dass die zuständigen Stellen (z. B. behandelnder Arzt, Sozialpädiatrische Zentren, öffentlicher Gesundheitsdienst, Kranken-/Pflegekasse, Kindertageseinrichtung o. ä.) zur Nachprüfung dem Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Abteilung Soziale Leistungen, die notwendigen Auskünfte erteilen dürfen und damit personenbezogene Daten offenbaren. Das Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Abteilung Soziale Leistungen, wird ermächtigt die für die beantragte Leistung notwendigen Auskünfte durch Dritte zu beschaffen (Einverständnis zur Offenbarung personenbezogener Daten nach § 67 SGB X).</p> <p>Jede Änderung der persönlichen Verhältnisse, insbesondere des Aufenthaltsverhältnisses unseres/meines Kindes, wird unaufgefordert und unverzüglich dem Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Abteilung Soziale Leistungen mitgeteilt.</p>	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

V. Hinweis
<p>Bitte legen Sie Ihrem Antrag nachfolgende Unterlagen bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meldebescheinigung nach SächsMG</li> <li>- vorliegende aktuelle ärztliche und/oder therapeutische Atteste/Befundberichte</li> <li>- Schwerbehindertenausweis (soweit vorhanden)</li> </ul>

zurück an:  
Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge  
Abteilung Soziale Leistungen  
Referat Eingliederungs- und Behindertenhilfe  
PF 100253/54  
01782 Pirna

Ansprechpartner:  
Tel-Nr: 03501/515-2232, 2234  
Fax-Nr: 03501/515-82232, 82234  
[behindertenhilfe@landratsamt-pirna.de](mailto:behindertenhilfe@landratsamt-pirna.de)