

Eingangsstempel der Behörde

Stellenzeichen: Jug THFD

Jug R

Antrag auf Teilhabeleistungen gemäß SGB IX
 ambulant stationär

Antrag auf Teilhabeleistung gemäß § 35a SGB VIII
 ambulant stationär teilstationär

Antrag auf Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII

Antrag auf Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG) – Originalantrag verwenden

Kontoverbindung für Leistungen Hilfe zur Pflege oder Landespflegegeldgesetz

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Kind (0-13 Jahre) Jugendlicher (14 Jahre bis Volljährigkeit) junger Mensch (18 bis 27 Jahre)

weiblich männlich divers

Name, Vorname (Leistungsberechtigter):

Geburtsdatum:

Geburtsort:

wohnhaft:

Familienstand ledig

Staatsangehörigkeit deutsch

Sprache:

Aufenthaltstitel bis Paragraph

Schwerbehindertenausweis: liegt vor ist beantragt

Gültig bis

Grad der Behinderung

Merkzeichen

Vorstellung erfolgte beim: KJGD KJPD SPZ

Zuordnung zum Personenkreis § 99 SGB IX § 35a SGB VIII

Welche Leistungen erhält der Leistungsberechtigte?

Logopädie Ergotherapie Physiotherapie Verhaltenstherapie

Sonstige, welche:

Krankenversichert über Mutter Vater sonstige

bei der Krankenkasse

Beihilfeberechtigt

Krankenversichert nach § 264 SGB V

Leistungen der Pflegeversicherung ja nein

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Es besteht eine gesetzliche Betreuung durch wen

Es besteht eine Vormundschaft durch wen

Bisher Reha-/ Teilhabeleistungen erhalten?

ja, von

nein

Welche:

Leistungen nach dem SGB VIII erhalten oder beantragt?

ja, vom/beim Jugendamt

nein

Besuch der Kita ja nein Integrationsstatus A B

Name und Anschrift der Kita / Telefonnummer:

Name und Anschrift der Schule / Telefonnummer:

Klasse

Schulbesuchsjahr

In Ausbildung/ Studium zum

Name und Anschrift der Ausbildungsstätte:

erwerbstätig als

Beschäftigung in einer Fördergruppe, wo

Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen, wo

Unterbringung in einer Einrichtung, welche

in einer Pflegefamilie, wo

Art der Behinderung oder Krankheit

Ursachen der Behinderung:

seit Geburt unter der Geburt durch Unfall durch Impfschaden

durch Gewalteinwirkung Ursachen nicht bekannt wird noch ermittelt

bestehen Schadensersatzansprüche ja nein

gegen wen (Name und Anschrift)?

Anwaltliche Vertretung ja nein

(Anwaltsunterlagen / Beschluss etc.)

Eltern:

Mutter:

Name _____ Vorname _____ geboren: _____ Sorgerecht
Staatsangehörigkeit deutsch Sprache: _____

wohnhaft:

Telefon:

E-Mailadresse:

Vater:

Name _____ Vorname _____ geboren: _____ Sorgerecht
Staatsangehörigkeit deutsch Sprache: _____

wohnhaft:

Telefon:

E-Mailadresse:

Geschwister im gemeinsamen Haushalt:

Name _____ Vorname _____ geboren: _____

Name _____ Vorname _____ geboren: _____

Name _____ Vorname _____ geboren: _____

Name _____ Vorname _____ geboren: _____

Name _____ Vorname _____ geboren: _____

Pflegeeltern:

Name _____ Vorname _____ betreut durch das Jugendamt

Name _____ Vorname _____ betreut durch das Jugendamt

Telefon:

Grund der Antragstellung:

Unterschrift aller Personensorgeberechtigter

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift