

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	☐ ja	☐ nein
Sprache des Kindes		
Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid (bitte Nachweis vorlegen!)	☐ ja	
	Grad der Behinderung	
	Merkzeichen	
	weitere Merkzeichen	
	gültig bis	



nein

beantragt am

Diagnose der Krankheit(en)

Ist die Ursache der gesundheitlichen
Beeinträchtigung bekannt?

ja

nein

Ursache der gesundheitlichen
Beeinträchtigung

Ansprüche gegen Dritte

Bestehen Ansprüche gegen den Verursacher
oder die Verursacherin oder dessen
Versicherung?

ja

weiß nicht

(falls ja bitte Versicherungsunterlagen oder
Bescheid vom Versorgungsamt beifügen)

nein

Name des Verursachers oder der
Verursacherin

Werden Sie bei der Durchsetzung Ihrer Ansprüche durch einen Rechtsanwalt oder eine
Rechtsanwältin vertreten?

ja

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

Familienname	_____
Geburtsname	_____
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	ja nein

Elternteil 2

Familienname	_____
Geburtsname	_____
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	☐ ja ☐ nein



Vormundschaft

Familiennamen

Geburtsnamen

Ggf. früher geführte Namen

Vorname (n)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

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 (Angabe freiwillig)

Angaben zum zuständigen Jugendamt
(mit Stellenzeichen)

Pflegeelternteil 2

Familiennamen

Geburtsnamen

Ggf. früher geführte Namen

Vorname (n)

Straße und Hausnummer

BERLIN



PLZ und Ort _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig) _____

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 ☐ ja ☐ nein

Krankenversichert über:

Name _____

Vorname _____

Mitgliedsnummer _____

Es besteht kein Kranken-
und Pflegeversicherungsschutz

§ 264 SGB V

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
Teilhabefachdienst