

Antrag für einen Kindergartenplatz und Kostenübernahme für die geplante Aufnahme in die heilpädagogische Einrichtung

Name der Einrichtung:

I. Allgemeine Angaben und Angaben zur Kostenerstattung für heilpädagogische Einrichtungen

Kind

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift:.....

Mutter

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift (sofern abweichend von der des Kindes):.....

.....

Vater

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift (sofern abweichend von der des Kindes):.....

.....

Staatsangehörigkeit des Kindes

Die beantragte Sozialhilfe kann Ausländerinnen und Ausländern geleistet werden, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist. Die Kenntnis der Staatsangehörigkeit des Kindes ist daher unerlässlich.

Deutsche/r Staatsangehörige/r

Andere Staatsangehörigkeit: Staatsangehörige/r des Staates.....

Aufenthaltsstatus (nur ankreuzen, wenn keine deutsche oder EU- Staatsangehörigkeit besteht)

Die Kenntnis des Aufenthaltsstatus ist wichtig zur Feststellung von Ansprüchen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling

Asylbewerber/in

sonstige

Eine Kopie der aktuellen Genehmigung der Ausländerbehörde ist beigelegt

Eine Kopie der aktuellen Genehmigung der Ausländerbehörde wird unverzüglich nachgereicht

Beihilfeansprüche (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Sozialhilfe erhält nicht, wer die Leistung auch von Trägern anderer Sozialleistungen erhalten kann. Die Beihilfe ist eine Leistung, die vorrangig einzusetzen ist. Der Sozialhilfeträger wird einen eventuellen Beihilfeanspruch bei der beihilfegewährenden Stelle geltend machen.

(Beihilfeansprüche haben Sie, wenn Sie Beamter/Beamtin sind oder als Arbeiter/in oder Angestellte/er im öffentlichen Dienst oder einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes freiwillig bei einer privaten Krankenkasse versichert sind (s. Tarifvertrag))

Mutter

Ich bin als Beamtin oder als freiwillig versicherte Angestellte/ Arbeiterin Beschäftigte des Bundes, des Landes, einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes, der Deutschen Bahn AG, der Deutschen Post AG, der katholischen oder evangelischen Kirche und ihrer Einrichtungen, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts oder einer Bank/Versicherung in öffentlicher Trägerschaft beihilfeberechtigt.

Anschrift/Aktenzeichen der beihilfegewährenden Stelle:

.....
.....

Ich bin weder Beamtin noch freiwillig versicherte Angestellte/Arbeiterin bei einer der o.g. Stellen

Vater

Ich bin als Beamter oder als freiwillig versicherter Angestellter/ Arbeiter Beschäftigter des Bundes, des Landes, einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes, der Deutschen Bahn AG, der Deutschen Post AG, der katholischen oder evangelischen Kirche und ihrer Einrichtungen, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts oder einer Bank/ Versicherung in öffentlicher Trägerschaft beihilfeberechtigt.

Anschrift/Aktenzeichen der beihilfegewährenden Stelle:

.....
.....

Ich bin weder Beamter noch freiwillig versicherter Angestellter/Arbeiter bei einer der o.g. Stellen.

Ursache der Behinderung des Kindes (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Sollte die Behinderung durch ein Fremdverschulden eingetreten sein, so ist der Schädiger zum Ersatz der Aufwendungen verpflichtet bzw. es besteht ein Anspruch nach anderen Leistungsgesetzen (z. B. Opferentschädigungsgesetz).

Schädigung vor/während/nach der Geburt ohne Fremdeinwirkung
z.B. Folge einer Erkrankung)

Schädigung während der Geburt durch Arzt- oder Hebammenfehler

Schädigung vor/ während/ nach der Geburt

durch einen Unfall

durch einen Impfschaden

durch einen vorsätzlichen Angriff

nicht bekannt

Bestehen/bestanden Ansprüche gegen einen Schädiger, eine Versicherung oder beim Versorgungsamt ? Wird/wurde ein Rechtsstreit wegen der Entstehung der Behinderung geführt? (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Diese Frage ist in Zusammenhang mit der vorherigen Frage zu sehen. Sollte die Ursache der Behinderung ein Fremdverschulden sein, so ist die Kenntnis über den Stand des Verfahrens zur Klärung vorrangiger Ansprüche wichtig.

Nein, es bestehen/ bestanden weder solche Ansprüche noch Forderungen

Ja, es bestehen/ bestanden solche Ansprüche/ Forderungen gegen:

.....
(Name)

.....
(Anschrift)

.....
(Versicherung/Versorgungsamt mit Anschrift)

.....
(Versicherungsnummer/Aktenzeichen)

Bei mehreren Schädigern fügen Sie bitte eine Aufstellung der Namen, Anschriften und Versicherungsangaben hinzu.

Kostenbeitrag für das Mittagessen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

In der heilpädagogischen Kindertageseinrichtung für behinderte Kinder wird ein Mittagessen angeboten. Hierfür zahlen Eltern an den Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) einen Kostenbeitrag von 2,50 Euro pro Anwesenheitstag.

Sollten Sie diesen Kostenbeitrag nicht zahlen können, prüft der LWL anhand der Sozialhilfesätze, ob Sie zu dem Personenkreis gehören, für den die Aufbringung der Kosten unzumutbar ist.

Um dieses prüfen zu können, bitten wir Sie um folgende Angaben und Nachweise:

Ja, ich erkläre mich bereit, den Kostenbeitrag von zur Zeit 2,50 Euro pro Anwesenheitstag zu entrichten. Meine wirtschaftlichen Verhältnisse muss ich daher nicht offen legen.

Nein ich kann den o.g. Kostenbeitrag nicht leisten, weil ich

Grundsicherung für Arbeitssuchende nach § SGB II oder
 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem vierten Kapitel SGB XII oder
 Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XII
beziehe

Eine Kopie des aktuellen Bescheides füge ich diesem Antrag bei.
 Eine Kopie des aktuellen Bescheides reiche ich unverzüglich nach.

Nein, ich kann den o.g. Kostenbeitrag nicht leisten, weil meine wirtschaftlichen Verhältnisse dies nicht zulassen

Unterlagen zum Nachweis meiner wirtschaftlichen Verhältnisse füge ich diesem Antrag bei
 Unterlagen zum Nachweis meiner wirtschaftlichen Verhältnisse reiche ich unverzüglich nach

Nein, der Kostenbeitrag entfällt, da das Kind nicht am Mittagessen teilnimmt.

II. Angaben zum Förderbedarf des Kindes und dem Förderort

1. Hat Ihr Kind bereits einen Kindergartenplatz und soll es die Einrichtung wechseln?

Wenn ja:

Name dieser Einrichtung:.....

Anschrift der Einrichtung:.....

Aus welchen Gründen soll Ihr Kind wechseln?

.....
.....
.....
.....

2. Wenn Sie zum ersten Mal einen Platz für Ihr Kind suchen:

Haben Sie auch einen Kindergarten/eine Kindertageseinrichtung in der Nähe Ihrer Wohnung besucht, der behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam betreut (Kindergarten/ Kindertageseinrichtung mit Einzelintegration?)

.....

Falls nicht, wenden Sie sich doch bitte an Ihr Jugendamt. Es kann Ihnen eine Einrichtung in Ihrer Nähe nennen!

Wenn Sie einen solchen Kindergarten bzw. eine Kindertageseinrichtung, die auch behinderte Kinder aufnimmt, besucht haben, bitten wir Sie um folgende Auskünfte:

Name der Einrichtung:

Anschrift der Einrichtung:

.....

Hat Ihnen das Jugendamt diese Einrichtung genannt?

.....

Entfernung der Einrichtung von Ihrem Wohnort?

.....

Ist diese Einrichtung von Ihrem Wohnort aus für Sie gut erreichbar?

.....

Könnte diese Einrichtung aufgrund Ihres ersten Eindrucks die Betreuung und Förderung leisten, die Ihr Kind benötigt?

.....

Woran machen Sie das fest? Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung!

.....
.....
.....

Da die Platzzahl in heilpädagogischen Einrichtungen begrenzt ist, können vor der Aufnahme der Kinder sogenannte Hilfeplangespräche auf der Grundlage dieses Antrages stattfinden. Eltern, die einen Platz für Ihr Kind in einer heilpädagogischen Einrichtung wünschen, sollten an dem Hilfeplangespräch teilnehmen, da hier über den Förderort für ihr Kind entschieden wird.

Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie bereit sind, an dem Gespräch teilzunehmen:

Ich bin bereit, an dem Hilfeplangespräch zur Feststellung des richtigen Förderortes für mein Kind teilzunehmen

Ich bin nicht bereit, an dem Hilfeplangespräch zur Feststellung des richtigen Förderortes für mein Kind teilzunehmen. Bitte begründen Sie es, wenn Sie nicht teilnehmen möchten.

.....
.....
.....

3. In welcher heilpädagogischen Einrichtung soll Ihr Kind betreut und gefördert werden?

Name der Einrichtung:

Anschrift der Einrichtung:

Entfernung von Ihrem Wohnort:

Ist diese Einrichtung von Ihrem Wohnort aus für Sie gut erreichbar?

.....

Könnte diese Einrichtung aufgrund Ihres ersten Eindrucks die Betreuung und Förderung leisten, die Ihr Kind benötigt?

.....

Woran machen Sie das fest, bitte begründen Sie Ihre Einschätzung!

.....
.....
.....
.....

4. Welche Beeinträchtigungen hat Ihr Kind ? Gibt es ärztliche oder therapeutische Gutachten bzw. Stellungnahmen der Frühförderstelle, die Aussagen über die Behinderung und das Ausmaß der Behinderung treffen? **Bitte fügen Sie diese Unterlagen dem Antrag bei!**

.....
.....
.....
.....
.....

5. Welche konkrete Pflege braucht Ihr Kind?

.....
.....
.....

.....
.....
.....
6. Welche Hilfsmittel benötigt Ihr Kind?

.....
.....
.....
.....

7. Welche Therapien benötigt Ihr Kind? Wie oft müssen diese stattfinden?

.....
.....
.....
.....

8. Welche Unterstützung braucht Ihr Kind, um am gemeinsamen Leben in der Kindergruppe teilnehmen zu können?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Welchen Betreuungszeitraum wünschen Sie täglich für Ihr Kind?

.....

(Heilpädagogische Einrichtungen und Schwerpunkteinrichtungen sind teilstationäre Einrichtungen. D. h. sie bleiben mind. 6 Stunden in der Einrichtung. In Regelkindergärten mit Einzelintegration bleiben Kinder je nach Öffnungszeiten, Konzept und Absprache mit Eltern)

10. Gibt es familiäre Gründe, warum Sie für Ihr Kind einen Platz in einer heilpädagogischen Einrichtung wünschen? Gibt es weitere Gründe?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ihre Angaben werden benötigt, um prüfen zu können, ob die Voraussetzungen für die Leistung von Sozialhilfe erfüllt sind. Grundlage für die Datenerhebung ist § 60 Sozialgesetzbuch 1. Buch: „Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen“.

Ich versichere, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Es ist mir bekannt, dass falsche und fehlerhafte Angaben einen Schadenersatzanspruch begründen können.

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

.....
Stempel der heilpädagogischen Einrichtung, in der der Platz für das Kind beantragt wird