

Antrag auf Übernahme der Kosten für die heilpädagogische Kindertageseinrichtung

_____ in _____

Kind

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Postleitzahl/Ort	
Straße/Hausnummer	

Mutter

Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Anschrift

(sofern abweichend von der Anschrift des Kindes)

Postleitzahl/Ort	
Straße/Hausnummer	
Telefon <small>(Angabe freiwillig)</small>	

Vater

Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Anschrift

(sofern abweichend von der Anschrift des Kindes)

Postleitzahl/Ort	
Straße/Hausnummer	
Telefon <small>(Angabe freiwillig)</small>	

Beihilfeansprüche

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Beihilfeansprüche bestehen aus einem Beschäftigungsverhältnis als **Beamtin/Beamter**. Beschäftigte Arbeiter und Angestellte im öffentlichen Dienst oder einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes haben Beihilfeansprüche aus Tarifvertrag, **wenn sie freiwillig bei einer privaten Krankenkasse versichert sind**.

Mutter

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

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

Anschrift/Aktenzeichen der beihilfegewährenden Stelle	

Vater

<input type="checkbox"/>	Ich bin weder Beamter noch freiwillig versicherter Angestellter/Arbeiter bei einer der o. a. Stellen
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Ich bin als Beamter oder als freiwillig versicherter Angestellter/Arbeiter Beschäftigter des Bundes, des Landes, einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes, der Deutschen Bahn, der Post, der kath. oder ev. Kirche und ihrer Einrichtungen, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts oder einer Bank/Versicherung in öffentlicher Trägerschaft beihilfeberechtigt.
--------------------------	---

Anschrift/Aktenzeichen der beihilfegewährenden Stelle	

Staatsangehörigkeit

<input type="checkbox"/>	Deutsch
--------------------------	---------

<input type="checkbox"/>	Staatsbürgerschaft eines EU-Staates, und zwar:
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Sonstige, und zwar des Staates:
--------------------------	---------------------------------

Aufenthaltsstatus

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

<input type="checkbox"/>	Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Asylbewerber
--------------------------	--------------

<input type="checkbox"/>	sonstige
--------------------------	----------

<input type="checkbox"/>	Kopie der aktuellen Genehmigung der Ausländerbehörde ist beigelegt.
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Kopie der aktuellen Genehmigung der Ausländerbehörde wird unverzüglich nachgereicht.
--------------------------	--

Ursache der Behinderung

<input type="checkbox"/>	Schädigung vor/während/nach der Geburt ohne Fremdeinwirkung (z.B. Erkrankung)
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Schädigung während der Geburt durch Arzt- oder Hebammenfehler
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Schädigung vor/während/nach der Geburt
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	durch Unfall oder Impfschaden
--------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/>	durch vorsätzlichen Angriff
--------------------------	-----------------------------

Bestehen oder bestanden Ansprüche gegen einen Schädiger, gegenüber einer Versicherung oder dem Versorgungsamt? Wurde/wird ein Rechtsstreit wegen des Eintritts der Behinderung geführt?

<input type="checkbox"/>	Nein , es bestehen/bestanden keine Ansprüche/Forderungen
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Ja , es bestehen/bestanden Ansprüche und zwar gegen:
--------------------------	---

Name:

Anschrift:

Versicherung/Versorgungsamt:

Anschrift:

Aktenzeichen/Versicherungsnummer:

(Bei mehreren Schädigern bitte eine Aufstellung aller Schädiger und Versicherungen beifügen)

Kostenbeitrag für das Mittagessen

In der heilpädagogischen Kindertageseinrichtung für behinderte Kinder wird ein Mittagessen angeboten. Hierfür fordert der Landschaftsverband Westfalen-Lippe einen Kostenbeitrag von zur Zeit 2,50 Euro pro Anwesenheitstag. Auf den Kostenbeitrag kann nur verzichtet werden, sofern die Aufbringung nicht zumutbar ist. Die Zumutbarkeit orientiert sich an den Sozialhilfesätzen.

<input type="checkbox"/>	Ja , ich erkläre mich bereit, den Kostenbeitrag von zur Zeit 2,50 € pro Anwesenheitstag zu entrichten. Eine Offenlegung meiner wirtschaftlichen Verhältnisse ist dadurch entbehrlich.
<input type="checkbox"/>	Nein , ich kann den Kostenbeitrag nicht leisten, weil ich Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung oder ALG II beziehe.
<input type="checkbox"/>	Eine Kopie des aktuellen Bescheides über Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung oder ALG-II ist beigefügt.
<input type="checkbox"/>	Eine Kopie des aktuellen Bescheides über Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung oder ALG II wird unverzüglich nachgereicht.
<input type="checkbox"/>	Nein , ich kann den Kostenbeitrag nicht leisten, weil meine wirtschaftlichen Verhältnisse dies nicht zulassen.
<input type="checkbox"/>	Unterlagen über meine wirtschaftlichen Verhältnisse sind beigefügt.
<input type="checkbox"/>	Unterlagen über meine wirtschaftlichen Verhältnisse werden unverzüglich nachgereicht.
<input type="checkbox"/>	Nein , der Kostenbeitrag entfällt, weil das Kind nicht am Mittagessen teilnimmt.

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

Ihre Angaben in diesem Antrag 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“.

Ort, Datum:	Unterschrift des Sorgeberechtigten
-------------	------------------------------------