



**Antrag der/des Erziehungsberechtigten auf Bewilligung einer
Teilhabeassistenz gemäß § 99 i.V.m. § 112 Abs. 1 SGB IX**

<input type="checkbox"/>	im Unterricht*
<input type="checkbox"/>	auf dem Schulweg / Busbegleitung*
<input type="checkbox"/>	in der schulischen Nachmittagsbetreuung*
<input type="checkbox"/>	im Hort

***Bitte begründen Sie schriftlich alle angekreuzten Maßnahmen.**

Vorzulegen sind im Fall der Betreuungsangebote die Aufnahmebestätigung sowie die Arbeitsbestätigung(en) des Arbeitgebers, wenn die Betreuung aufgrund Ihrer Berufstätigkeit erforderlich wird.

Begründung:

Angaben zum Kind

Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum / -ort:			
Staatsangehörigkeit:			
Aufenthaltsrechtlicher Status:		gültig bis:	
Anschrift:			
Kind wohnt bei:			
Zuständiges Jugendamt (nur bei Unterbringung in Pflegefamilie)			
Leistungsbezug? (am bisherigen Wohnort)	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> : Nein	
Leistungsträger*:			
Besteht eine Vormundschaft oder Betreuung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> : Nein	<input type="checkbox"/> : eingeleitet
Bestellung eines Betreuers:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> : Nein	<input type="checkbox"/> : eingeleitet
Anschrift des Sorgeberechtigten:			
Bestellung durch Amtsgericht:			
Aktenzeichen (AG):			

Kontaktdaten der Eltern:

Name/n:	
Anschrift:	
Kommunikation (Tel. / E-Mail):	

Kontaktdaten der Schule:

Name/n:	
Anschrift:	
Kommunikation (Tel. / E-Mail):	

Kontaktdaten des Leistungsträgers (Maßnahme):

Name/n:	
Anschrift:	
Kommunikation (Tel. / E-Mail):	

Umfang der Unterstützung:

In welchem Bereich benötigt Ihr Kind Unterstützung (Schule)?

Bestehen Ansprüche gegen Dritte (z.B. Schadensersatzansprüche)?

Ist die Teilhabeassistenz aufgrund eines Unfalls, Komplikation vor oder unter der Geburt, etc. erforderlich und besteht deswegen gegen Dritte, Versicherungsgesellschaften bzw. gegen den gesetzlichen Träger der Unfallversicherung Ansprüche?		
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schadenersatzpflichtiger:		

Bisherige Eingliederungshilfemaßnahmen (bspw. Frühförderung, Kindergartenintegration, Teilhabeassistenz)

von		
bis		
von		
bis		
von		
bis		

Bisher beteiligte Ärzte, Therapeuten u. ä.

von		
bis		
von		
bis		
von		
bis		
von		
bis		

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

<input type="checkbox"/> Fachärztliche Gutachten	
<input type="checkbox"/> Therapeutenberichte:	
<input type="checkbox"/> Schulbericht:	
<input type="checkbox"/> Pflegegeldbescheid (mit Gutachten der Pflegekasse)	
<input type="checkbox"/> Sonstige:	
<input type="checkbox"/> Aufnahmebestätigung: (Nachmittagsbetreuung / Hort)	
<input type="checkbox"/> Arbeitsbescheinigung: (Erziehungsberechtigte/n)	

Sonstige Anmerkungen:

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters