



Landkreis Cloppenburg
50 - Sozialamt
50.4 Eingliederungshilfe
Eschstraße 29
49661 Cloppenburg

Für interne Vermerke:
Az: 50.4/412 -

Antrag auf Eingliederungshilfe für die Übernahme der Kosten für eine Integrationshilfe für den allgemeinen Schulbesuch

nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)
- Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen -

Nachfragende Person (Kind)

Name:		Vorname:	
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort):		Telefon/Handy:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Wohnverhältnisse: <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei:		

Seit wann leben Sie im Bereich des Landkreises Cloppenburg (bitte möglichst genau das Datum angeben) bzw. bei Zuzug, wo Sie vorher gewohnt haben und wie lange?

Seit _____ im Landkreis Cloppenburg

Vorher _____

Angehörige (die mit der nachfragenden Person im selben Haushalt leben)

	Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Familienstand
Mutter				
Vater				
Geschwister				
Geschwister				
Geschwister				

Weitere Familienangehörige bitte auf einem gesonderten Blatt erfassen

Ist die Behinderung auf ein schädigendes Ereignis zurückzuführen?
 nein ja, nämlich:

Ist Ihrer Kenntnis nach ein Verschulden Dritter gegeben?

 nein ja, nämlich:

Ist dieses Verschulden anerkannt oder gerichtlich festgestellt worden?

 nein ja, durch:

Sind aufgrund dieses Verschulden Ansprüche geltend gemacht worden?

 nein ja:

Wurden oder werden aufgrund dieser Ansprüche Zahlungen geleistet?

 nein ja, seit _____ (ggf. bis) _____

in Höhe von _____

Soweit Ihnen Arztberichte, Berichte der Schule, Gutachten o. Ä. vorliegen, welche dem Träger der Eingliederungshilfe bzw. dem Gesundheitsamt noch nicht bekannt sind, für diesen Antrag aber erheblich sein können, fügen Sie diese bitte in Kopie (oder deutlich als Original gekennzeichnet) bei.

 Mir/Uns liegen keine solchen Unterlagen vor.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir gem. §§ 60 ff Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unaufgefordert und unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe mitteilen muss. Ebenso bin/sind ich/wir verpflichtet, jeden Wohnungswechsel dem Träger der Eingliederungshilfe, soweit möglich, vorher zu melden.

Ort, Datum	Unterschrift der Eltern/eines Elternteils
------------	---

Absender:

Name	_____
Vorname	_____
Adresse	_____
Telefonnummer	_____

Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber der Schule

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass sich der Landkreis Cloppenburg im Rahmen des Antrages auf Kostenübernahme für einen Integrationshelfer für mein/unser Kind

_____, geboren am _____

mit der aufnehmenden Schule in Verbindung setzt und hinsichtlich des Förderbedarfs eine inhaltliche Abklärung erfolgt.

Die aufnehmende Schule ist:

Schule	_____
Adresse	_____
Ansprechpartner/-in	_____
Telefonnummer	_____

Ort, Datum	Unterschrift der Eltern/eines Elternteils

LANDKREIS CLOPPENBURG
DER LANDRAT



Landkreis Cloppenburg
50 - Sozialamt
50.4 Eingliederungshilfe
Eschstraße 29
49661 Cloppenburg

Für interne Vermerke:
Az: 50.4/412 -

Name, Vorname	
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Geburtsdatum	

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde hiermit die nachfolgend aufgeführten Ärzte/Kliniken und die Mitarbeiter/-innen des Sozial- und Gesundheitsamtes des Landkreises Cloppenburg von der gegenseitigen Schweigepflicht:

Hausarzt	
Facharzt	
Klinik	

Bemerkungen/Ergänzungen:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in oder gesetzliche/-r Vertreter/-in
--