

<u>Name, Vorname</u> der minderjährigen Person	
<u>Anschrift</u> der minderjährigen Person (aktueller Aufenthaltsort / Einrichtung für Minderjährige)	
<u>Eltern:</u>	
<u>Elternteil 1</u> <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternanteil <input type="checkbox"/> verstorben am Name, Vorname Anschrift	<u>Elternteil 2</u> <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternanteil <input type="checkbox"/> verstorben am Name, Vorname Anschrift
<u>Personensorgeberechtigte / Amtsvormund (bitte alle Personensorgeberechtigten auflühren)</u>	
<u>Kontakt der Personensorgeberechtigten / Amtsvormund (Anschrift, Telefonnummer, Email</u>	

An das
 Amt für Soziale Dienste
 Fachdienst Teilhabe
 Hansator 11
 28217 Bremen



Hiermit beantrage ich für oben genannte minderjährige Person Leistungen gemäß Teil 2 Sozialgesetzbuch IX (bitte ankreuzen)

- zum behindertengerechten Umbau meiner Wohnung
- in einer Einrichtung für Minderjährige (über Tag und Nacht)
- Besuchsbeihilfen für Angehörige zum Besuch von Kindern, die in einer Einrichtung für Minderjährige leben (über Tag und Nacht) oder umgekehrt
- zur Sozialen Teilhabe (z.B. ambulante pädagogische Unterstützung)
- für Hilfsmittel zur Sozialen Teilhabe

- Autismus- Therapie (in Bremen nur für Kinder im schulpflichtigen Alter)
- für eine (n) Gebärdensprachdolmetscher/in
- zur Beförderung - Sonderfahrdienst (bitte Anlage Sonderfahrdienst zusätzlich ausfüllen)
- Heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder **außerhalb** Bremens (z. B. Frühförderung)
- Schulbegleitung/Schulassistenz für schulpflichtige Kinder **außerhalb** Bremens
- andere Leistungen** (Bitte den Antrag mit eigenen Worten beschreiben)

Bitte beschreiben Sie kurz, welche Unterstützung oder konkrete Wünsche (z.B. Leistungsanbieter) Sie beantragen möchten.

1. Haben Sie für die minderjährige Person Leistungen zur Teilhabe bei einem anderen Rehabilitationsträger beantragt? (z.B. Krankenkasse, Jugendhilfe)

- nein
- Ja

wann: _____

bei welchem Rehabilitationsträger: _____

2. Hat die minderjährige Person früher schon einmal Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?

nein

Ja

wann: _____

von wem: _____

3. Hat die minderjährige Person früher schon einmal Leistungen der Frühförderung erhalten?

nein

Ja

wann: _____

von wem: _____

4. Hat die minderjährige Person in der Schule/ Kita/ Hort eine Schulbegleitung bzw. persönliche Assistenz erhalten?

nein

Ja

wann: _____

von wem: _____

5. Beziehen Sie Leistungen der Jugendhilfe nach dem SGB VIII? (z. B. Hilfen zur Erziehung?)

nein

Ja

wann: _____

von wem: _____

6. Weitere Angaben zur minderjährigen Person:

Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit	

Aufenthaltsrechtlicher Status bei Ausländer/innen	
Schule: Klasse, Adresse	
Hort, Adresse:	
Kindergarten, Adresse:	

6.1 aktuelle Wohnverhältnisse

- mit den Eltern/Elternteil
 in einer Einrichtung für Minderjährige
 bei den Großeltern/Verwandten
 sonstiges (wo genau?)
 in einer Pflegefamilie

6.2 Wohnort und Aufenthalte des letzten Jahres vor Antragstellung, gegebenenfalls vor Aufnahme in der stationären Einrichtung für Minderjährige

von	bis	Anschrift des Wohnortes / Aufenthaltsortes

7. Behinderung

7.1 Ursache der Behinderung

- angeboren
 durch Krankheit
 durch Dritte oder anderen Sachverhalt verursacht (z.B. durch Gewalttat nach Opferentschädigungsgesetz, Impfschaden, Unfall, mangelhafte ärztliche Behandlung)
 keine Verursachung durch Dritte

7.2 Schwerbehindertenausweis

- ja, Kopie ist beigelegt
 nein

7.3 Art der Behinderung

- geistige Beeinträchtigung
 körperliche Beeinträchtigung
 psychische Erkrankung¹
 Sinnesbeeinträchtigung
 Suchterkrankung (legale Suchtmittel)
 Suchterkrankung (illegale Suchtmittel)
 Autismus – Spektrum - Störung
 andere Beeinträchtigung

¹ Für Minderjährige und Volljährige bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres mit einer seelischen Behinderung ist die Jugendhilfe (SGB VIII) vorrangig. Das gilt auch für die Diagnose „Asperger- Autismus“.

7.4 Haben Sie medizinische Berichte oder ärztliche Gutachten? Wenn ja, bringen Sie diese bitte zum Erstgespräch mit. Sie können sie aber auch diesem Antrag beifügen.

beigefügt

nicht beigefügt

bringe ich mit

7.5 Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Krankenkasse /Pflegekasse		
Versicherungsnummer		
Versichert über		
<input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
Werden Leistungen von der Pflegekasse gewährt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

8. Finanzielle Situation der minderjährigen Person und der im Haushalt lebenden Eltern/Elternteils

Anlage Einkommen und Vermögen

Anlage Einkommen und Vermögen ist beigefügt

Ich beziehe

Arbeitslosengeld bzw. Sozialgeld vom Jobcenter nach dem SGB II

Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt vom Amt für Soziale Dienste nach dem SGB XII

Hilfen zur Gesundheit, Hilfe zur Pflege, Blindenhilfe nach dem SGB XII vom Amt für Soziale Dienste

Wenn sie eine der drei vorstehenden Auswahlmöglichkeiten ankreuzen können, müssen Sie die Anlage zu Einkommen und Vermögen nicht ausfüllen.

8.1 Bankverbindung des Antragstellers bzw. Personensorgeberechtigten – IBAN

--

Kontoinhaber

--

Ort, Datum und Unterschrift des Antragstellers

Ort, Datum und Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Sozialdatenschutz

Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt und an das mit der Verarbeitung beauftragte Rechenzentrum zur Speicherung weitergegeben.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X).

Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Personenbezogene Daten werden im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet. Sie können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.

Kenntnis genommen:

Ort, Datum und Unterschrift des Antragstellenden

Ort, Datum und Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

<input type="checkbox"/>	Kopie des Ausweises des Personensorgeberechtigten / Vollmacht
<input type="checkbox"/>	Kopie des Schwerbehindertenausweises
<input type="checkbox"/>	aktueller Bescheid des Jobcenters oder Amt für Soziale Dienste
<input type="checkbox"/>	falls vorhanden, medizinische Berichte oder ärztliche Gutachten zur Art der Behinderung
<input type="checkbox"/>	Anlage Einkommen und Vermögen