|  |
| --- |
| **Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder für von Behinderung bedrohte Menschen** |

**Minderjährige!**

|  |
| --- |
| Landeshauptstadt Schwerin  Der Oberbürgermeister  Fachdienst Soziales  Am Packhof 2 - 6  19053 Schwerin |

|  |
| --- |
| Antragstellung erfolgte im Rahmen der Erstberatung am:  Antrag wurde von dem gesetzlichen Vertreter übermittelt; **Eingang:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ich/Wir beantrage(n) nachstehende Leistungen der Eingliederungshilfe - § 102 SGB IX | |
| Medizinische Rehabilitation  Leistungen zur Teilhabe an Bildung | Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben  Leistungen zur sozialen Teilhabe |
| für/als (nähere Beschreibung des Bedarfs oder Wunsches): | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Angaben zu den persönlichen Verhältnissen** | | | | |
| Name, Vorname: | | | | |
| Geburtsdatum: | Geburtsort: | | Staatsangehörigkeit: | |
| Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort): | | | | |
| Anschrift des vorherigen gewöhnlichen Aufenthaltsorts (Straße, Nummer, PLZ, Ort):    von:       bis: | | | | |
| Es wurden bereits vorher Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch genommen  ☐ ja ☐ nein | | | | |
| Antragstellende Person wohnt in einer: | | | | |
|  | |  | |  |
| bei den Eltern  bei einem Elternteil | | in einer Pflegefamilie | | in einer Wohnform |
| Schwerbehindertenausweis vorhanden:  ja  nein  gültig bis:       Merkzeichen:       GdB: | | | | |
| Pflegebedürftigkeit  ja  nein Pflegegrad:       seit: | | | | |
| Kranken- und Pflegeversicherung:  gesetzlich  freiwillig  privat  familienversichert  keine Krankenversicherung  Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen Versicherungsnummer: | | | | |
| **Diagnostik** (Gutachten/Untersuchungsberichte sind beigefügt/ liegen vor)  ☐ ja  Erläuterung:  ☐ nein | | | | |
| **Vorsorgeuntersuchung bis U9** (Vorsorgeheft, letzte Untersuchung ist beigefügt/ liegt vor)  ☐ ja ☐ nein | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der minderjährigen antragstellenden Person** | | |
| Beide Eltern  Vater  Mutter  Vormund | | |
| Name(n), Vorname(n), der zur Vertretung berechtigten Person(en): | | |
| Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort, bei Eltern nur, wenn abweichend von Minderjährigem): | | |
| E-Mail: | Telefon/Handy: | |
| Eltern  Elternteil sind/ist folgenden weiteren Kindern im Haushalt unterhaltsverpflichtet: | | |
| Name, Vorname: | | Geburtsdatum: |
| Name, Vorname: | | Geburtsdatum: |

|  |
| --- |
| 1. **Weitere Antragsbegründung/Sonstige Anmerkungen** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Bankverbindung** |
| Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an:  Geldinstitut: BIC:  IBAN: DE  Kontoinhaber:  Die Zahlung wird auf das v.g. Konto überwiesen. Ich ermächtige hiermit das v.g. Geldinstitut, überzahlte Beträge auf Anforderung des Eingliederungshilfeträgers zurück zu zahlen. Diese Ermächtigung wird auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben erteilt und kann von diesen nicht widerrufen werden. Sie gilt aus bankrechtlichen Gründen uneingeschränkt. |

|  |
| --- |
| 1. **Unterschrift** |
| Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.  Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Fachdienst Soziales mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.  Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. Belehrungen zum Datenschutz gemäß Datenschutz-  Grundverordnung zur Kenntnis genommen habe.  Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein(weiteres) Informationsgespräch gebeten.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Datum** | **Vor- und Nachname gesetzlicher Vertreter**  **(beide Eltern, sorgeberechtigter Vater, sorgeberechtigte Mutter, Vormund)** | **Unterschrift** | |  |  |  | |  |  |  | |