



# ELTERNANTRAG

auf Gewährung eines Entgeltes für einen Integrationsplatz in einer Tageseinrichtung für Kinder

Bitte den Antrag **vollständig** ausfüllen!

Integrationsplatz in der Kindertageseinrichtung	Geplanter Beginn

Erstantrag  Folgeantrag

## Angaben zum Kind:

Name, Vorname des Kindes		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum und Geburtsort		Staatsangehörigkeit
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Wohnort und Ortsteil)		
Art der Beeinträchtigung bzw. Behinderung des Kindes		
Name und Anschrift der Krankenkasse		Versichertennummer

## Angaben zu den Eltern / Erziehungsberechtigten:

Name und Vorname der gesetzlichen Vertreter (Eltern, Vormund):		
Anschrift	Beruf Mutter	Beruf Vater
Wer hat das Sorgerecht?		Telefon / E-Mail
<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beide gemeinsam <i>Bitte ankreuzen und Nachweis hinzufügen!</i>		 

## Bei ausländischen Antragstellern: Ich bin/wir sind:

Asylbewerber  Asylberechtigter  Bürgerkriegsflüchtling  Sonstige/r Ausländer

**Bitte Ausweiskopie beifügen!**

**Bei Pflegekindern oder Kindern in vollstationären Einrichtungen:**

<b>Besteht eine Vormundschaft/Ergänzungspflegschaft? Seit wann ist das Kind bei Pflegeeltern untergebracht?</b>	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <input type="checkbox"/> Eingeleitet
<b>Name und Anschrift des Vormundes / Pflegers</b>	
<b>Wo wohnte das Kind vor Aufnahme in die Pflegefamilie?</b>	

**Vorverpflichtete Leistungsträger:**

<b>Werden Leistungen (Renten etc.)</b>	<input type="checkbox"/> beantragt?	<input type="checkbox"/> bezogen, wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/> Impfschädigung	<input type="checkbox"/> nach dem Opferentschädigungsgesetz	
<input type="checkbox"/> als Halbwaise	<input type="checkbox"/> als Waise	<input type="checkbox"/> als _____
<b>Bestehen wegen eines Unfalls gegen einen privaten oder gesetzlichen Unfallversicherungsträger Ansprüche?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Bereits eingeleitete Maßnahmen und Therapien:**

<b>Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? Bitte Kopie beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Liegt eine Pflegestufe vor? Bitte Pflegegutachten beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Finden Therapien statt? Falls ja, welche?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Erhalten Sie Unterstützung durch den Allgemeinen Sozialen Dienst (Kinder- und Jugendhilfe)?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<b>Vorliegende Befunde</b> (aktuelle ICD- 10 Diagnose) *	<input type="checkbox"/> haben wir beigefügt/liegt vor	<input type="checkbox"/> reichen wir nach
<b>Formular Schweigepflichtentbindung</b>	<input type="checkbox"/> haben wir beigefügt	<input type="checkbox"/> reichen wir nach

**Beförderungskosten:**

Uns ist bekannt, dass laut Anlage 4 zur Rahmenvereinbarung Integrationsplatz die Maßnahme im unmittelbaren Wohnumfeld stattfinden soll, um die Integration des Kindes zu fördern. Dabei entstehen keine gesonderten zu berechnenden Beförderungskosten.

Falls unser Kind auf unseren Wunsch hin nicht die nächstgelegene Tageseinrichtung mit geeignetem Integrationsplatz, sondern eine andere Einrichtung besucht, ist uns bewusst, dass wir in diesem Falle die Beförderungskosten selbst zu tragen haben.

Datum

Unterschrift **beider** Erziehungsberechtigten oder des Vormundes / Pflegers

\*Bitte legen Sie uns eine aktuelle **Diagnose** vor oder reichen diese nach, erst dann ist eine weitere Bearbeitung möglich.