

Landratsamt Waldshut
Amt für Soziale Hilfen,
Behinderten- und Altenhilfe
Kaiserstr. 110
79761 Waldshut-Tiengen



**LANDRATSAMT
WALDSHUT**

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe	
Bitte beantragte Maßnahme ankreuzen:	
Integration in der Regelschule	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Daten des Kindes:	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum/-ort:	
Staatsangehörigkeit:	
wohnhaft in	
Krankenversicherung	
Begründung/Schilderung der besonderen Situation:	
Bisherige bzw. zusätzliche sonstige Maßnahmen/Behandlungen:	
Die notwendige fachärztliche Stellungnahme/Verordnung mit Diagnose notwendige Therapie, Umfang, Dauer, ggf. Empfehlung des möglichen Therapeuten/Einrichtung und ähnliches ist dem Antrag	
<input type="checkbox"/> beigefügt	
<input type="checkbox"/> Es werden folgende Unterlagen noch nachgereicht:	
Ein aktueller Schulbericht/Bericht des abgebenden Kindergartens	
<input type="checkbox"/> ist beigefügt.	
<input type="checkbox"/> wird nachgereicht.	

Anschrift des Regelschule und Telefonnummer:

Anschrift des Schulträgers und Telefonnummer:

Angaben zur Person der Mutter:	Angaben zur Person des Vaters:
---------------------------------------	---------------------------------------

Name, Vorname.		Name, Vorname.	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Geburtsort:		Geburtsort:	
Anschrift:		Anschrift:	
Telefon:		Telefon:	
Staatsangehörigkeit:		Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:		Familienstand:	
Beruf:		Beruf:	

Erklärung

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass das Amt für Soziale Hilfen, Behinderten- und Altenhilfe direkt bei weiteren Beteiligten wie z. B. Ärzten, Krankenkassen, Gesundheitsamt, Staatlichem Schulamt, GfFH (Gesellschaft für Familienhilfe), Beratungsstellen und andere Institutionen Daten, die für die Bearbeitung des Antrages notwendig sind, anfordern und weitergeben kann (§§ 67 ff SGB X).

Die Eingliederungshilfe soll durchgeführt werden von:

- Gesellschaft für Familienhilfe (GfFH)
- Schulträger (bitte dort abklären)
- beide Möglichkeiten sind für uns denkbar

- Ich/wir sind damit einverstanden, dass der Allgemeine Sozialdienst des Jugendamtes informiert wird und die Hilfeplanung im Bedarfsfall mit diesem abgestimmt wird.
 - Ich/Wir sind damit nicht einverstanden.

Ich versichere, dass ich/wir die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe/n. Es ist mir/uns bekannt, dass zu Unrecht gewährte Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Ort, Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten	Unterschrift des Erziehungsberechtigten
--	--

--	--