

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



**LANDRATSAMT  
 WALDSHUT**

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

<b>Anschrift des Kindergartens und Telefonnummer:</b>			
<b>Anschrift des Trägers des Kindergarten und Telefonnummer:</b>			
<b>Angaben zur Person der Mutter:</b>		<b>Angaben zur Person des Vaters:</b>	
Name, Vorname.		Name, Vorname.	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Geburtsort:		Geburtsort:	
Anschrift:		Anschrift:	
Telefon:		Telefon:	
Staatsangehörigkeit:		Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:		Familienstand:	
Beruf:		Beruf:	
<b>Erklärung</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> 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, 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:			
<input type="checkbox"/> Gesellschaft für Familienhilfe (GfFH) <input type="checkbox"/> Kindergartenträger (bitte dort abklären) <input type="checkbox"/> beide Möglichkeiten sind für uns denkbar			
<input type="checkbox"/> Ich/wir sind damit einverstanden, dass der Allgemeine Sozialdienst des Jugendamtes informiert wird und die Hilfeplanung im Bedarfsfall mit diesem abgestimmt wird. <input type="checkbox"/> Ich/Wir sind damit <u>nicht</u> 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.			
<b>Ort, Datum:</b>			
<b>Unterschrift der Erziehungsberechtigten</b>		<b>Unterschrift des Erziehungsberechtigten</b>	