

Three horizontal dashed lines spaced evenly apart, intended for children to practice letter formation by writing letters within the lines.

An
Kreisverwaltung Kleve
Fachbereich 4
Abteilung 4.2 - Soziales -
Nassauerallee 15 - 23
47533 Kleve

Antrag auf Autismustherapie

Hiermit beantrage ich die Gewährung der Autismustherapie für unser Kind:

_____, geboren am _____

durch das Kompetenzzentrum Autismus der Lebenshilfe Unterer Niederrhein e. V., Schepersweg 77, 46485 Wesel.

Ich würde mich freuen, wenn Sie meinem Antrag stattgeben.

Unterschrift

Ort/Datum

<p>An den Kreis Kleve Fachbereich 4 Abteilung 4.2 Nassauerallee 15 - 23 47533 Kleve</p>	<p>Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe</p> <p>nach § 112 ff. Teil 2 Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX)</p> <p><input type="checkbox"/> Schulbegleitung <input type="checkbox"/> Autismus-Therapie <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Förderung <input type="checkbox"/> Besuchsbeihilfen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Kfz-Hilfen <input type="checkbox"/> Sonstiges</p>																														
<input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Folgeantrag																															
<p>Angaben zum/zur Leistungsberechtigten:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Name, Vorname</td> <td style="width: 33%;">Geburtsdatum</td> <td style="width: 33%;">Geburtsort</td> <td style="width: 33%;">Geschlecht</td> </tr> <tr> <td>Wohnort, PLZ</td> <td colspan="3">Straße, Hausnummer</td> </tr> <tr> <td>Telefon (freiwillige Angabe)</td> <td>Telefax (freiwillige Angabe)</td> <td colspan="2">E-Mail (freiwillige Angabe)</td> </tr> <tr> <td>Zugezogen am</td> <td>von</td> <td colspan="2">Staatsangehörigkeit</td> </tr> <tr> <td>Krankenversichert bei</td> <td colspan="3">Anschrift der Krankenversicherung</td> </tr> </table>		Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht	Wohnort, PLZ	Straße, Hausnummer			Telefon (freiwillige Angabe)	Telefax (freiwillige Angabe)	E-Mail (freiwillige Angabe)		Zugezogen am	von	Staatsangehörigkeit		Krankenversichert bei	Anschrift der Krankenversicherung												
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht																												
Wohnort, PLZ	Straße, Hausnummer																														
Telefon (freiwillige Angabe)	Telefax (freiwillige Angabe)	E-Mail (freiwillige Angabe)																													
Zugezogen am	von	Staatsangehörigkeit																													
Krankenversichert bei	Anschrift der Krankenversicherung																														
<p>Angaben zu den Eltern / Betreuungspersonen (soweit erforderlich*)</p> <p>* Eine Angabe der Eltern ist nur erforderlich, wenn der/die Leistungsberechtigte minderjährig ist. Ist für den volljährigen Leistungsberechtigten / die volljährige Leistungsberechtigte eine Betreuung eingerichtet, so ist die Angabe der bestellten Betreuungsperson erforderlich (bitte Bestellungsurkunde beifügen) Ist für den minderjährigen Leistungsberechtigten / die minderjährige Leistungsberechtigte ein Vormund bestimmt, so ist die Angabe des Vormundes erforderlich.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">Eltern/Betreuungsperson</th> <th style="width: 25%;">Mutter</th> <th style="width: 25%;">Vater</th> <th style="width: 25%;">Betreuungsperson/ Vormund o.ä.</th> </tr> <tr> <td>Name</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vorname</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Geburtsdatum</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLZ, Wohnort</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Straße, Hausnummer</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Staatsangehörigkeit</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Eltern/Betreuungsperson	Mutter	Vater	Betreuungsperson/ Vormund o.ä.	Name				Vorname				Geburtsdatum				PLZ, Wohnort				Straße, Hausnummer				Staatsangehörigkeit			
Eltern/Betreuungsperson	Mutter	Vater	Betreuungsperson/ Vormund o.ä.																												
Name																															
Vorname																															
Geburtsdatum																															
PLZ, Wohnort																															
Straße, Hausnummer																															
Staatsangehörigkeit																															
<p>Wenn Sie Ausländer/in bzw. Asylbewerber/in sind, bitte Kopie des Passes mit Aufenthaltserlaubnis / Duldung vorlegen.</p>																															
Sonstige Kinder im Haushalt	1	2	3																												
Name																															
Vorname																															
Geburtsdatum																															

Weitere Angaben zum Hilfeempfänger:

Bestehen wegen der Behinderung Schadensersatzansprüche (z.B. wenn die Behinderung aufgrund eines Unfalls oder Impfschadens eingetreten ist)?

ja nein

Es bestehen

Keine weiteren Ansprüche

Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

als Familienangehöriger als Waise

Ansprüche nach dem Soldatenversorgungsgesetz

als Familienangehöriger als Waise

Ansprüche nach dem Zivildienstgesetz

als Familienangehöriger als Waise

Bestehen Beihilfeansprüche gemäß den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes?

ja nein

Liegt ein Behindertenausweis vor?

nein Eine Anerkennung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht beantragt

ja (bitte Kopie beifügen)

Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden?

nein ja, bei _____

Liegt ein Pflegegrad vor? ja nein

Folgender Pflegegrad liegt vor: 1 2 3 4 5

Art der Behinderung

körperliche Behinderung

geistige Behinderung

seelische Behinderung

Suchterkrankung

ggf. Erläuterung

Welche konkreten Maßnahmen werden beantragt und sollen gewährt werden?

Begleitungen:

- Schulbegleitung
- Schulbegleitung während des offenen Ganztages

Name der Schule: _____

- Freizeitbegleitung

Fördermaßnahmen:

- Autismus-Therapie
- heilpädagogische Förderung

Name/Praxis Therapiezentrum: _____

Sonstige Hilfeleistungen:

- Baumaßnahme
- Hilfsmittel
- Kfz-Hilfe
- Sonstiges: _____

Antragsbegründung

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/ der Antragstellerin (bzw. der gesetzlichen Vertreter, des Vormundes, des Betreuers, etc.)

Hinweis:

Wird die elterliche Sorge bei minderjährigen Kindern von den Eltern gemeinsam ausgeübt, ist es erforderlich, dass beide sorgeberechtigten Elternteile ihre Unterschrift abgeben.

Mitwirkungspflicht

Auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I – SGB I) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Klinikaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger (Sozialamt des Kreises Kleve) mitzuteilen habe.

Überleitung von Ansprüchen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Leistungsträger berechtigt ist, meine Ansprüche, die ich gegenüber anderen Leistungsträgern habe, auf sich überzuleiten und ich nach Erhalt der Überleitungsanzeige im Umfang der übergeleiteten Ansprüche selbst keine Forderungen mehr gegen die anderen Leistungsträger geltend machen kann.

Ort, Datum
Unterschrift des Antragstellers/ der Antragstellerin (bzw. der gesetzlichen Vertreter, des Vormundes, des Betreuers, etc.)

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch – SGB I

- Mitwirkung des Leistungsberechtigten –

§ 60 Angabe von Tatsachen

- (1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat
1. Alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
 2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
 3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder der Vorlage zuzustimmen.
- Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.
- (2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 61 Persönliches Erscheinen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

§ 62 Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 65 Grenzen der Mitwirkung

- (1) Die Mitwirkungspflichten nach §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit
1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
 2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
 3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.
- (2) Behandlungen und Untersuchungen,
1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben und Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
 2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
 3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.
- (3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert.
- (2) ...
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf die Folgen schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67 Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch

§ 263 Betrug

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren.
- (4) ...

Leistungs- berechtigte(r)	Name	Vorname	Anschrift
gesetzliche/r Vertreter	Name	Vorname	Anschrift
gesetzliche/r Vertreter	Name	Vorname	Anschrift

Einverständniserklärung

Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX) – Teil 2

Hiermit erkläre(n) ich mich/wir uns damit einverstanden, dass das Kreissozialamt Kleve zur Feststellung, ob Ihr o.g. Kind dem leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe zuzuordnen ist, sowie zur Ermittlung und Auswahl der notwendigen Hilfen, die vorhandenen Unterlagen bezüglich des Antrages auf Gewährung von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen anderen Stellen und Personen, wie z. B. Ärzten, Therapeuten, Betreuer, Lehrern oder Erziehern zuleiten darf. Insbesondere entbinde(n) ich/wir diese Stellen oder auch diesen Personenkreis von der Schweigepflicht.

Ort:

Datum:



(Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter)



(Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters)