

Landratsamt Böblingen, -Soziales und Teilhabe-, Teilhabe für Menschen mit Behinderung  
Parkstr. 16, 71034 Böblingen

Antragseingang: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Kinder mit  
(drohender) wesentlicher Behinderung  
nach § 112 i.V.m. § 75 Sozialgesetzbuch IX bzw. § 35 a  
Sozialgesetzbuch VIII**

**Kind:** \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb.-Datum

**wohnhaft seit:** \_\_\_\_\_ **PLZ:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort/Land:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse des Kindes (Anschrift):** \_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigte:**

**Mutter:** \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb.-Datum

\_\_\_\_\_   
Staatsang. Telefon E-Mail

\_\_\_\_\_   
Familienstand Anschrift

**Vater:** \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb.-Datum

\_\_\_\_\_   
Staatsang. Telefon E-Mail

\_\_\_\_\_   
Familienstand Anschrift

**Sonstige Sorgeberechtigte (z.B. Amtsvormundschaft, Adoptiveltern):**

\_\_\_\_\_   
Name, Vorname

\_\_\_\_\_   
Adresse

\_\_\_\_\_   
Telefon E-Mail

**1. Beantragte Hilfe:** (bitte ankreuzen)

**Integrative Erziehung in Kindertageseinrichtungen**

Name/Adresse der Kindertageseinrichtung: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner in der Kindertageseinrichtung: \_\_\_\_\_

**2. Von wem kam der Anstoß zum Antrag:** \_\_\_\_\_

**3. Bestand im letzten Jahr Kontakt zum Amt für Jugend und Bildung?**

Ja       Nein

Wenn ja, Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

**4. Ist die Beeinträchtigung Ihres Kindes Folge eines Unfalls?**

Ja       Nein

**5. Erhält Ihr Kind Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz als Berechtigte/r oder Angehörige/r oder Hinterbliebene/r (z.B. Bundesversorgungsgesetz, Infektionsschutzgesetz, Opferentschädigungsgesetz)?**

Ja       Nein

**6. Geplanter Hilfebeginn:** \_\_\_\_\_

**7. Grund des Antrages (aus Sicht der Eltern):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Erwartung an die Maßnahme / Ziel:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Haben Sie in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe für Ihr Kind erhalten?**

Ja       Nein

Wenn ja, von welcher Stelle: \_\_\_\_\_

**10. Gutachten folgender Stellen in der Anlage (z.B. SPZ, Kinderarzt, Psychologe etc.):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass dem Sachgebiet Teilhabe für Menschen mit Behinderung des Amtes für Soziales und Teilhabe Böblingen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der Gewährung der beantragten Eingliederungshilfemaßnahme erforderlich sind.

Diese Erklärung gilt gegenüber:

Kindertageseinrichtung/Schulkindergarten

Ja

Nein

Frühförderung/heilpädagogischer Fachdienst

Ja

Nein

Amt für Jugend und Bildung, Landratsamt

Ja

Nein

Sonstige Einrichtung: \_\_\_\_\_

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Sorgeberechtigten