

Hochsauerlandkreis  
 FD 52/1  
 -Eingliederungshilfe-  
 Am Rothaarsteig 1  
 59929 Brilon

## Antrag auf Gewährung einer Schulbegleitung

nach § 112 Sozialgesetzbuch IX

**Die Schulbegleitung stellt eine Leistung der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) dar.**

**Um diesen Antrag auf Leistungen nach dem SGB IX entscheiden zu können, ist es erforderlich, dass Sie im Folgenden möglichst genaue Angaben machen.**

**Bitte belegen Sie Ihre Angaben an den geforderten Stellen durch entsprechende Unterlagen.**

Erstantrag

Folgeantrag

Für das Schuljahr:

### A) Angaben zum Kind

Familiename		Vorname	
Straße und Wohnort			
Geschlecht	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

Bei ausländischer Staatsangehörigkeit  
 (bitte ankreuzen):

dauerhafter Aufenthalt

befristeter Aufenthalt

Krankenversicherung des Kindes	Versichertennummer
Anschrift der Krankenversicherung	Versicherungsnehmer

### B) Angaben zu den Eltern

Familiename der Mutter	
Vorname der Mutter	
Anschrift (falls abweichend)	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Familienname des Vaters	Vorname des Vaters
Anschrift (falls abweichend)	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Das Sorgerecht liegt bei:

- Eltern
                 
  Mutter
                 
  Vater
                 
  Vormund

Handelt es sich um ein Pflegekind?

- ja
                 
  nein

wenn ja, bei wem bzw. wo hat das Kind vor Aufnahme in die Pflegefamilie gelebt (Name, Anschrift)?

**C) Angaben zur Behinderung des Kindes**

Art der Behinderung

Ist die Behinderung aufgrund eines anerkannten Fremdverschuldens eingetreten?

- ja
                 
  nein

wenn ja: gibt es einen Schadensersatzanspruch?

- ja
                 
  nein

wenn ja, gegen wen? (Name, Anschrift, Aktenzeichen)

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis oder einen Bescheid über die Anerkennung einer Schwerbehinderung?

- ja
                 
  nein
                 
  ist beantragt

Hat Ihr Kind einen anerkannten Pflegegrad?

- ja
                 
  nein
                 
  ist beantragt

wenn ja, welcher Pflegegrad?

Welche Ärzte behandeln Ihr Kind? (Name und Anschrift)

Welche Therapien erhält Ihr Kind?

Bekommt Ihr Kind Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)?

- ja
                 
  nein
                 
  ist beantragt

wenn ja, welche:

Nur bei Erstantrag auszufüllen:

Hat Ihr Kind in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe (Autismustherapie, Motopädie, Schulbegleitung etc.) erhalten?

ja

nein

wenn ja, von welcher Behörde:

#### D) Angaben zur Schulbegleitung

Welche Schule besucht Ihr Kind/soll Ihr Kind besuchen?

Welche Klasse besucht Ihr Kind/soll Ihr Kind besuchen?

Benutzt Ihr Kind Hilfsmittel in der Schule (im Bereich Kommunikation, Mobilität, Sehen etc.)?

ja

nein

wenn ja, welche Hilfsmittel?

Ist Ihr Kind eigenständig mobil?

ja

nur bei Nutzung von Hilfsmitteln

nur mit personeller Unterstützung

nein

Kann Ihr Kind selbstständig essen und trinken?

ja

nur bei Nutzung von Hilfsmitteln

nur mit personeller Unterstützung

nein

Ist Ihr Kind in der Lage sich selbstständig an- und auszuziehen?

ja

nur bei Nutzung von  
Hilfsmitteln

nur mit personeller  
Unterstützung

nein

Kann Ihr Kind selbstständig auf die Toilette gehen?

ja

nur bei Nutzung von  
Hilfsmitteln

nur mit personeller  
Unterstützung

nein

Hat Ihr Kind ein altersgemäßes Gefahrenbewusstsein?

ja

nur mit personeller Unterstützung

nein

In welchen Bereichen bzw. für welche Tätigkeiten sehen Sie einen konkreten Unterstützungsbedarf für Ihr Kind?

Bitte beschreiben Sie den Hilfebedarf im Folgenden konkret:	
Welche Ziele wollen Sie durch den Einsatz einer Schulbegleitung für Ihr Kind erreichen?	
In welchem zeitlichen Umfang benötigt Ihr Kind aus Ihrer Sicht eine Schulbegleitung?	Zeitstunden pro Woche
Haben Sie einen Leistungsanbieter, der die Schulbegleitung übernehmen soll?	Name des Leistungsanbieters

Wichtige Hinweise

**Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen in Kopie bei**

- **ärztliche Stellungnahme zur Behinderung des Kindes (möglichst mit ICD-10 Diagnose(n) und Feststellung der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 2 SGB IX / diese Unterlagen sollen nicht älter als 12 Monate sein)**
- **Bericht der (aufnehmenden) Schule, Bericht des Kindergartens**
- **Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden)**
- **Bestätigung über den Aufenthaltsstatus bei ausländischer Staatsangehörigkeit**

Erklärung:

Ich weiß / Wir wissen, dass ich / wir wahrheitsgemäße und vollständige Angaben über die Verhältnisse aller, für die Bescheidung wichtigen Familienmitglieder zu machen habe/n und Änderungen, die für die Leistung erheblich sind, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen habe/n. Hierzu zählen insbesondere Änderungen in den Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (z.B. Wohnungswechsel, Krankenhausaufenthalte).

Ich versichere / Wir versichern hiermit, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen (§ 60 SGB I).

Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich / sind wir informiert (§ 66 SGB I).

Es ist mir / uns bekannt, dass ich / wir wegen unvollständiger und unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann / können und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss / müssen (§ 263 StGB).

Ich bin / Wir sind im Verfahren der Zuständigkeitsklärung mit einer Weiterleitung des Antrages für eine Schulbegleitung sowie der ergänzenden Unterlagen einverstanden.

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt nur auf der Grundlage eines formellen Gesetzes oder mit Einwilligung der betroffenen Person.

Ort, Datum	Unterschrift/en Sorgeberechtigte
------------	----------------------------------

## Schweigepflichtsentbindung

Hiermit erkläre ich,

Name des/der Sorgeberechtigten	Vorname des/der Sorgeberechtigten	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort

dass ich

- die Schule (Name, Anschrift)
- die Ärztin, den Arzt (Name, Anschrift)
- die Therapeutin, den Therapeuten (Name, Anschrift)
- den Träger der Schulbegleitung (Name, Anschrift)

sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hochsauerlandkreises (Fachdienste: Soziales, Untere Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt), Schulaufsicht sowie Jugendhilfe)

bezüglich des **Antrages auf Teilhabe an Bildung** (§ 112 SGB IX) für mein Kind

Name und Vorname	Geburtsdatum
------------------	--------------

wechselseitig von ihrer gesetzlichen Pflicht zur Verschwiegenheit entbinde.

Ich bin über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtsentbindung sowie möglicher Folgen einer Verweigerung aufgeklärt und weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort und Datum	Unterschrift/en Sorgeberechtigte
---------------	----------------------------------