

<u>Name, Vorname</u> der minderjährigen Person	
<u>Anschrift</u> der minderjährigen Person (aktueller Aufenthaltsort / Einrichtung für Minderjährige)	
<u>Eltern:</u>	
<u>Elternteil 1</u> ☐ leiblicher Elternteil ☐ Adoptiv- ☐ Pflegeelternteil ☐ verstorben am Eingabe Datum Name, Vorname Anschrift	<u>Elternteil 2</u> ☐ leiblicher Elternteil ☐ Adoptiv- ☐ Pflegeelternteil ☐ verstorben am Eingabe Datum Name, Vorname Anschrift
<u>Personensorgeberechtigte / Amtsvormund (bitte alle Personensorgeberechtigten auflühren)</u>	
<u>Kontakt der Personensorgeberechtigten / Amtsvormund (Anschrift, Telefonnummer, Email</u>	

An das
 Amt für Soziale Dienste
 Fachdienst Teilhabe
 Hansator 11
 28217 Bremen

Hiermit beantrage ich für oben genannte minderjährige Person Leistungen gemäß Teil 2 Sozialgesetzbuch IX (bitte ankreuzen)

- ☐ zum behindertengerechten Umbau meiner Wohnung
- ☐ in einer Einrichtung für Minderjährige (über Tag und Nacht)
- ☐ Besuchsbeihilfen für Angehörige zum Besuch von Kindern, die in einer Einrichtung für Minderjährige leben (über Tag und Nacht) oder umgekehrt
- ☐ zur Sozialen Teilhabe (z.B. ambulante pädagogische Unterstützung)
- ☐ für Hilfsmittel zur Sozialen Teilhabe
- ☐ Autismus- Therapie (in Bremen nur für Kinder im schulpflichtigen Alter)

- ☐ für eine (n) Gebärdensprachdolmetscher/in
- ☐ zur Beförderung - Sonderfahrdienst (bitte Anlage Sonderfahrdienst zusätzlich ausfüllen)
- ☐ Heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder **außerhalb** Bremens (z. B. Frühförderung)
- ☐ Schulbegleitung/Schulassistenz für schulpflichtige Kinder **außerhalb** Bremens
- ☐ **andere Leistungen** (Bitte den Antrag mit eigenen Worten beschreiben)

Bitte beschreiben Sie kurz, welche Unterstützung oder konkrete Wünsche (z.B. Leistungsanbieter) Sie beantragen möchten.

1. Haben Sie für die minderjährige Person Leistungen zur Teilhabe bei einem anderen Rehabilitationsträger beantragt? (z.B. Krankenkasse, Jugendhilfe)

- ☐ nein
- ☐ Ja

wann:

bei welchem Rehabilitationsträger: **Eingabe Rehabilitationsträger**

2. Hat die minderjährige Person früher schon einmal Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?

☐ nein

☐ Ja

wann:

von wem: **Eingabe**

3. Hat die minderjährige Person früher schon einmal Leistungen der Frühförderung erhalten?

☐ nein

☐ Ja

wann:

von wem: **Eingabe**

4. Hat die minderjährige Person in der Schule/ Kita/ Hort eine Schulbegleitung bzw. persönliche Assistenz erhalten?

☐ nein

☐ Ja

wann: von wem: **Eingabe**

5. Beziehen Sie Leistungen der Jugendhilfe nach dem SGB VIII? (z. B. Hilfen zur Erziehung?)

☐ nein

☐ Ja

wann:

von wem: **Eingabe**

6. Weitere Angaben zur minderjährigen Person:

Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsrechtlicher Status bei Ausländer/innen	
Schule: Klasse, Adresse	
Hort, Adresse:	
Kindergarten, Adresse:	

6.1 aktuelle Wohnverhältnisse

- | | |
|--|---|
| ☐ mit den Eltern/Elternteil | ☐ in einer Einrichtung für Minderjährige |
| ☐ bei den Großeltern/Verwandten | ☐ sonstiges (wo genau?) |
| ☐ in einer Pflegefamilie | |

6.2 Wohnort und Aufenthalte des letzten Jahres vor Antragstellung, gegebenenfalls vor Aufnahme in der stationären Einrichtung für Minderjährige

von	bis	Anschrift des Wohnortes / Aufenthaltsortes

7. Behinderung

7.1 Ursache der Behinderung

- | | |
|--|--|
| ☐ angeboren | ☐ durch Krankheit |
| ☐ durch Dritte oder anderen Sachverhalt verursacht (z.B. durch Gewalttat nach Opferentschädigungsgesetz, Impfschaden, Unfall, mangelhafte ärztliche Behandlung) | |
| ☐ keine Verursachung durch Dritte | |

7.2 Schwerbehindertenausweis

- | | |
|--|-------------------------------|
| ☐ ja, Kopie ist beigelegt | ☐ nein |
|--|-------------------------------|

7.3 Art der Behinderung

- | | |
|---|---|
| ☐ geistige Beeinträchtigung | ☐ körperliche Beeinträchtigung |
| ☐ psychische Erkrankung ¹ | ☐ Sinnesbeeinträchtigung |
| ☐ Suchterkrankung (legale Suchtmittel) | ☐ Suchterkrankung (illegale Suchtmittel) |
| ☐ Autismus – Spektrum - Störung | |
| ☐ andere Beeinträchtigung | |

7.4 Haben Sie medizinische Berichte oder ärztliche Gutachten? Wenn ja, bringen Sie diese bitte zum Erstgespräch mit. Sie können sie aber auch diesem Antrag beifügen.

- ☐ beigelegt ☐ nicht beigelegt ☐ bringe ich mit

7.5 Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Krankenkasse /Pflegekasse	
Versicherungsnummer	
Versichert über	
☐ nicht versichert ☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert	
Werden Leistungen von der Pflegekasse gewährt?	☐ ja ☐ nein

8. Finanzielle Situation der minderjährigen Person und der im Haushalt lebenden Eltern/Elternteils

Anlage Einkommen und Vermögen

- | |
|--|
| ☐ Anlage Einkommen und Vermögen ist beigelegt |
|--|

Ich beziehe

- | |
|---|
| ☐ Arbeitslosengeld bzw. Sozialgeld vom Jobcenter nach dem SGB II |
| ☐ Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt vom Amt für Soziale Dienste nach dem SGB XII |
| ☐ Hilfen zur Gesundheit, Hilfe zur Pflege, Blindenhilfe nach dem SGB XII vom Amt für Soziale Dienste |

Wenn sie eine der drei vorstehenden Auswahlmöglichkeiten ankreuzen können, müssen Sie die Anlage zu Einkommen und Vermögen nicht ausfüllen.

¹ Für Minderjährige und Volljährige bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres mit einer seelischen Behinderung ist die Jugendhilfe (SGB VIII) vorrangig. Das gilt auch für die Diagnose „Asperger- Autismus“.

8.1 Bankverbindung des Antragstellenden bzw. Personensorgeberechtigten – IBAN

--

Kontoinhaber

--

Ort, Datum und Unterschrift des Antragstellenden

Ort, Datum und Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Sozialdatenschutz

Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt und an das mit der Verarbeitung beauftragte Rechenzentrum zur Speicherung weitergegeben.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X).

Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Personenbezogene Daten werden im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet. Sie können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.

Kenntnis genommen:

Ort, Datum und Unterschrift des Antragstellenden

Ort, Datum und Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Folgende Unterlagen sind beigelegt:

☐	Kopie des Ausweises des Personensorgeberechtigten / Vollmacht
☐	Kopie des Schwerbehindertenausweises
☐	aktueller Bescheid des Jobcenters oder Amt für Soziale Dienste
☐	falls vorhanden, medizinische Berichte oder ärztliche Gutachten zur Art der Behinderung
☐	Anlage Einkommen und Vermögen