

Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau
 Soziale Sicherung – Sachgebiet Wirtschaftliche Eingliederungshilfe
 Wilhelm-Seipp-Straße 4
 64521 Groß-Gerau



Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe

Legasthenie- und/oder Dyskalkulie-Therapie - § 35 a SGB VIII

Sie stellen einen Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe beim Kreis Groß-Gerau. Damit wir Ihren Antrag zügig bearbeiten können benötigen wir zum beiliegenden Antrag die aufgeführten Unterlagen von Ihnen.

- Elternfragebogen (Vorlage anbei)
- Kopie der letzten beiden Schulzeugnisse
- Fachliche Stellungnahme Kinder- und Jugendpsychiater/in, Kinder- und Jugend-Psychotherapeut/in
 Kinderarzt/-ärztin mit psychologischer psychotherapeutischer Zusatzqualifikation (Vorlage anbei)
- fachärztliches Attest über die Seh- und Hörfähigkeit des Kindes
- Schwerbehindertenausweis, falls vorhanden
- bei nichtdeutscher / nicht EU Staatsangehörigkeit, Kopie des Passes mit Aufenthaltstitel
- Kostenvoranschlag des Therapieinstitutes mit Angabe über Anzahl, Dauer, Frequenz, Honorar etc.

Stellungnahme der Schule und der Förderplan der Schule **Achtung bitte geben Sie diesen einen Vordruck in der Schule ab, das staatliche Schulamt sendet das ausgefüllte Formular an den Kreis!**

1. Für wen wird die Hilfe beantragt?

Name Vorname	Name		Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers			
Anschrift	PLZ	Wohnort	Straße	Hausnummer
Zuzug in den Kreis	Zugezogen in den Kreis Groß-Gerau am		von Ort / Land	
Leistungen/Anträge am früheren Wohnort	Haben Sie bereits Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt/erhalten?			
	<input type="checkbox"/> Ja, von _____ <input type="checkbox"/> Nein			
Geburtsdatum Geburtsort Geburtsland Staats- angehörigkeit	Geburtsdatum		Geburtsland	
	Geburtsort		Staatsangehörigkeit	
Krankenkasse	Krankenversicherung		Krankenversicherungsnummer	

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

2. Angaben der Eltern / Personensorgeberechtigten

Name Vorname der Eltern	Mutter		Vater	
	Name	Vorname	Name	Vorname
Gleiche Adresse wie unter 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte eintragen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte eintragen	
Geburtsdatum Geburtsort Geburtsland Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsdatum	Geburtsort
	Geburtsland	Staatsangehörigkeit	Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Kontakt	Telefon	Mail	Telefon	Mail
sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein*
<p>*Name/Vorname und Anschrift des Personensorgeberechtigten falls abweichend</p> <p>Beschluss vom:</p>				

Meine/unsere Bankverbindung lautet:

Name der Bank	
IBAN	
BIC	
Kontoinhaber	

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

3. Angaben zum Leistungsanbieter der Maßnahme (Die Trägerauswahl erfolgt durch die antragstellende Person oder die Personensorgeberechtigten)		
Die Eingliederungsleistungen sollen durch folgende Organisation bzw. Person durchgeführt werden:		
Anschrift (Ort, Straße, Hausnummer)		
Telefon	Telefax	E-Mail

Erklärung der Antrag stellenden Person oder gesetzliche Vertretung falls diese*r Antragsteller*in ist:
 Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Werden keine, unvollständige oder nicht alle erforderlichen Angaben gemacht, kann die beantragte Leistung ganz oder gar teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60 - 67 SGB, 1. Buch) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Aufforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Jugend-/Eingliederungshilfe zu entbinden, soweit dies für die Eingliederungshilfeleistung erforderlich ist.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familienverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist. Die gesonderten Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit dem SGB I und SGB X habe ich zur Kenntnis genommen. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlange zur automatisierten Datenvereinbarung gespeichert werden.

Ort, Datum
Unterschrift Antrag stellende Person oder Unterschrift beider Eltern / der Personensorgeberechtigten
Vollmacht des nicht anwesenden Elternteils bei geteiltem Sorgerecht Ich bevollmächtige die Mutter/den Vater des Kindes einen Antrag zur Erbringung einer Hilfeleistung beim zuständigen Fachbereich Jugend und Familie bzw. Soziale Sicherung zu stellen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Entscheidung des/der Kostenträger über den Antrag dem Bevollmächtigten übermittelt wird.
Ort, Datum
Unterschrift des nicht anwesenden Elternteils bei geteiltem Sorgerecht

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

Kreis Groß-Gerau – Der Kreisausschuss

Fachbereich Soziale Sicherung

Sachgebiete wirtschaftliche und pädagogische Eingliederungshilfe

Einwilligung

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass der Kreis Groß-Gerau, vertreten durch den Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau, Auskünfte bei den angegebenen behandelnden Ärzten, Kliniken, Behörden, Sozialversicherungsträgern (z. B. Rentenversicherungsträger, Kranken-/Pflegekasse, Berufsgenossenschaft), Leistungserbringern und Schulen einholt und die dort geführten Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen gefertigt worden sind) zur Einsicht bezieht, sofern dies für die Bearbeitung meines/unseres des Antrages erforderlich ist. Wir gestatten der wirtschaftlichen Eingliederungshilfe die Schulische Stellungnahme und den Förderplan der Schule bei der besuchten Schule anzufordern.

Ich/Wir genehmige(n) die Verwertung dieser Unterlagen im Bearbeitungsverfahren und entbinde(n) die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht. Ich/wir gestatte(n) die Verwertung der Unterlagen im Rahmen einer gutachterlichen Stellungnahme des Fachbereichs Gesundheit und Verbraucherschutz.

Die Verwertung erfasst auch die notwendige Weitergabe von Daten an den Leistungserbringer, falls dies für die Umsetzung der Leistung nötig ist (gilt für die vom Antragsteller ausgewählte Träger, diese erhalten persönlichen Angaben, um ggf. mit Ihnen Kontakt für die Leistungserbringung aufnehmen zu können).

Ort, Datum
Unterschrift Antrag stellende Person oder Unterschrift beider Eltern / der Personensorgeberechtigten

Hinweis

Die verlangten Angaben sind erforderlich, damit der Kreis Groß-Gerau – Fachbereich Soziale Sicherung – Sachgebiete wirtschaftliche und pädagogische Eingliederungshilfe, das Vorliegen der Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen nach dem § 35 a SGB VIII bzw. dem § 102 SGB IX feststellen kann.

Antragstellende Personen sind gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben sind von der antragstellenden Person bzw. von den Personensorgeberechtigten mitzuteilen und eine Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte abzugeben. Die Übernahme der Kosten kann nach § 66 SGB I versagt werden, wenn Antragstellende ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Beteiligung der Fachbereiche

Die vom Leistungserbringer (Soziale Sicherung / Sachgebiete wirtschaftliche und pädagogische Eingliederungshilfe) eingeschalteten Querschnittsämter (u.a. Gesundheit und Verbraucherschutz, Jugend und Familie) geben gegenüber den Sachgebieten wirtschaftliche und pädagogische Eingliederungshilfe eine fundierte Stellungnahme ab, damit eine Entscheidung über die beantragten Hilfen nach dem § 35 a SGB VIII bzw. dem § 102 SGB IX getroffen werden kann.

Der Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz wird mit einer Stellungnahme beauftragt, wenn weitere medizinische Fragestellungen bestehen. Im Fachbereich Jugend und Familie wird der Fachdienst Kindertagesbetreuung um eine Stellungnahme gebeten, wenn es sich um eine Integrationsmaßnahme in Krippen, Kindertagesstätten und Hort handelt. Hier prüft der Fachdienst, ob die Voraussetzungen in personeller, räumlicher und fachlicher Sicht erfüllt sind. Andere Sachgebiete werden um fachliche Stellungnahme gebeten, wenn weitere pädagogische Fragestellungen bestehen.

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

Elternfragebogen

Bitte machen Sie ausführliche Angaben zu den nachfolgenden Punkten

Anlage zum Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII

Name der Schule / Ort:		
Name der Klassenlehrkraft		
a.) Welche Sprache(n) werden in der Familie gesprochen		
<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Deutsch und weitere Sprachen, bitte nennen	<input type="checkbox"/> kein Deutsch, sondern bitte nennen
b.) Welche seelischen und psychischen Auffälligkeiten bestehen bei dem Kind? (evtl. Rückseite nutzen):		
c.) Beziehung zu anderen Familienmitgliedern (evtl. Rückseite nutzen): (Ist die Beziehung gut, oder gibt es Schwierigkeiten zwischen Kind, Eltern und Geschwistern?)		
d.) Freizeitaktivitäten des Kindes (evtl. Rückseite nutzen): Trifft sich das Kind mit anderen Kindern, wie viele Freunde hat das Kind?		
e.) Schulische Situation: (evtl. Rückseite nutzen): Geht das Kind gerne zur Schule? Ist das Kind in die Klassengemeinschaft integriert? Gibt es Kontakte zu Vertrauenspersonen in der Schule? Hat das Kind Schulfreunde?		

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

**Schulische Stellungnahme für Erstantrag
bei Antrag auf Legasthenie und/oder Dyskalkulie-Therapie**

Anlage zum Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII

Hinweise für die Schule

Guten Tag,

die Eltern des o. a. Kindes werden einen Antrag auf Kostenübernahme einer außerschulischen Lernförderung wegen einer bestehenden Lese-/Rechtschreib- bzw. Rechenschwäche stellen. Eine schulische Stellungnahme sowie die Darstellung der bestehenden Fördermaßnahmen ist verbindlicher Bestandteil des Antrags.

Es besteht grundsätzlich der alleinige Bildungsauftrag der Schule. Diese muss für die Schüler*innen Förderpläne aufstellen und einen Nachteilsausgleich gewähren, um der Teilleistungsstörung entgegenzuwirken. Dies ist der Verordnung zur Gestaltung des Schulverhältnisses (VOGSV) vom 19.08.2011 (ABI S. 546), zuletzt geändert durch Verordnung vom 01.12.2017 (ABI. S. 2) zu entnehmen.

Zur Feststellung, ob darüber hinaus eine außerschulische Fördermaßnahme im Sinne des § 35 a SGB VIII notwendig ist, bitten wir Sie detailliert nachzuweisen, welche Fördermaßnahmen bisher stattgefunden haben, warum ggf. weitere außerschulische Maßnahmen notwendig sind.

Bei einer, über die schulische Förderung hinausgehenden Hilfe im Rahmen des § 35 a SGB VIII ist durch das Sachgebiet Wirtschaftliche Eingliederungshilfe festzustellen, ob das Kind von einer seelischen Behinderung bedroht ist oder ob eine seelische Behinderung vorliegt. Eine Legasthenie/Dyskalkulie begründet nicht automatisch den Anspruch auf eine Rehabilitationsmaßnahme. Die vorliegende Störung muss, um einen Hilfeanspruch zu begründen, so bedeutsam sein, dass sie schon zu deutlichen Veränderungen in der Persönlichkeit oder der Entwicklung des Kindes geführt hat.

Bitte senden Sie den Schulbericht über das Staatliche Schulamt an folgende Adresse zurück

Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau
Soziale Sicherung - Sachgebiet Wirtschaftliche Eingliederungshilfe
Wilhelm-Seipp-Str. 4
64521 Groß-Gerau

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei

- aktueller halbjährlich fortzuschreibender Förderplan
- Stellungnahme des Schulpsychologischen Dienstes (sofern vorhanden)

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

1. Leistungsentwicklung/-stand, Arbeits-/Lernverhalten

a) Bisherige Lernentwicklung:

b) Welche Stärken hat das Kind?

c) Fehlzeiten (Zeitraum, Tage und Gründe):

d) Auffälligkeiten in den Bereichen Schreiben und Lesen und Mathematik:

e) Liegt insgesamt eine allgemeine Lernschwäche vor? ja nein

f) Gibt es weitere schulische Probleme? ja nein

g) Weitere Anmerkungen:

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

2. Sozialverhalten

a) Störverhalten (z.B. hält sich nicht an Regeln):

b) besondere Auffälligkeiten in sozialen Situationen (z.B. ausgeprägte soziale Unsicherheit, Rückzug aus sozialen Kontakten, Einzelgänger/in, starke Aggressivität, geringe Anpassungsfähigkeit, Überanpassung):

Wie verhalten sich die Mitschüler gegenüber der Schülerin / dem Schüler?

Ist die Schülerin / der Schüler in die Klassengemeinschaft integriert? ja nein

c) Konfliktverhalten (z.B. geht Konflikten aus dem Weg, sucht Streit):

d) Psychische Befindlichkeit (z.B. in sich gekehrt, traurig, bedrückt, selbstbewusst):

e) Sonstige Auffälligkeiten:

Ansprechperson für Rückfragen: _____

Erreichbarkeit (E-Mail, Telefon): _____

Ort, Datum

Lehrkraft

Schulleitung / Stempel

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

**Fachliche medizinische Stellungnahme für Erstantrag
bei Antrag auf Legasthenie und/oder Dyskalkulie-Therapie**

Anlage zum Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII

Der/die Schüler/in wurde hier am _____

zur Abklärung der Frage einer

- Lese-/Rechtschreibstörung (Legasthenie)
 Rechenstörung (Dyskalkulie)

vorgelegt.

Seh- und Hörstörungen sowie andere körperliche Erkrankungen als mögliche Ursache einer Legasthenie / Dyskalkulie wurden fachärztlich abgeklärt bzw. behandelt. ja nein

Eine Abklärung durch _____ wird empfohlen ja nein

Die Untersuchung erfolgte in Anwesenheit von: (Elternteil, Betreuer etc.)

Folgende Testverfahren (HAWIK III, K-ABC o. CFT, etc.) kamen zur Anwendung:

Intelligenztestung	Ergebnis (T-Wert)	Beurteilung			
		über-/	unter-/	durchschnittlich	Abweichung
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Schulleistungstests	Ergebnis (T-Wert)	Beurteilung		
		auffällig	unauffällig	Abweichung
Rechtschreibtest		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesetest		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rechentest		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Weitere Testverfahren mit Ergebnis und Auswertung

Verhalten in der Testsituation

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

Die gemessene Leseleistung* / und Rechtschreibleistung*/Rechenleistung* liegt erheblich unter den allgemeinen Lern- und Leistungsmöglichkeiten (Intelligenzleistung).

ja nein

Die T-Wert-Diskrepanz bei Lese-/ Rechtschreib-/Rechenstörung beträgt _____

Es handelt sich demnach um eine umschriebene Lese-* / Rechtschreib-* / Rechenstörung*.
(ICD 10 F81.0 / F81.1 / F 81.2).

ja nein

Vorgeschichte

Psychischer Befund

Die durch die Lese-* / Rechtschreib-* / Rechenschwäche* bedingten Misserfolgserfahrungen führten zu folgenden Sekundärstörungen wie auch Störungen der Beziehung des Kindes zu seiner familiären und schulischen Umgebung:

Sämtliche nach ICD 10 vorliegenden Diagnosen

* Nichtzutreffendes durchstreichen und vollständig ausfüllen

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

Zusammenfassung und Bewertung

Die seelische Gesundheit weicht mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand ab ja nein

.....
Untersucher/in Institution)

.....
Ort, Datum

Mit Angabe der für dieses Gutachten erforderlichen Qualifikation

Arzt/Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
 –psychotherapie
 Kinder- und Jugendpsychotherapeut/in
 Arzt/Ärztin oder psychologische/r
 Psychotherapeut/in mit besonderen Erfahrungen
 auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern
 und Jugendlichen

Hinweis:

Die Übernahme der Therapiekosten hängt nicht nur von dem Inhalt der fachlichen medizinischen Stellungnahme ab, sondern von sämtlichen im Antragsverfahren zu prüfenden Faktoren.

Wir bitten Sie, folgende Punkte beim Ausfüllen des Vordrucks

„Fachliche Stellungnahme“ zu beachten:

- Bitte sämtliche Diagnose nach ICD 10 mit Nummer und Name aufführen.
- Ebenfalls bitten wir Sie, evtl. vorliegende Verhaltensauffälligkeiten / seelische Auffälligkeiten genauestens zu beschreiben. Es ist nicht ausreichend, z.B. nur „emotionale Störungen“ aufzuführen. Es muss erkennbar sein, wie sich diese Störung im schulischen und privaten Bereich bemerkbar macht und welche Ursachen hierfür mit hoher Wahrscheinlichkeit verantwortlich sind.
- Bei Vorliegen einer Entwicklungsstörung bitten wir uns darzulegen, woraus diese abzuleiten ist.