

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



## Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe

Antrag Schulbegleitung nach: § 35 a SGB VIII und § 112 SGB IX

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.

- fachärztliche Unterlagen (z. B. Bericht Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ, s. Merkblatt für die fachärztliche Stellungnahme)
- Berichte von Kindertagesstätte / Frühförderstelle, soweit vorhanden
- Schwerbehindertenausweis, falls vorhanden
- bei nichtdeutscher / nicht EU Staatsangehörigkeit, Kopie des Passes mit Aufenthaltstitel
- Einschätzungsbogen der Eltern / Personensorgeberechtigten
- Fragebogen Nachmittagsbetreuung - von der Betreuung / Schule auszufüllen.
- Schulische Stellungnahme

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	<b>Mutter</b>		<b>Vater</b>	
	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*

**\*Name/Vorname und Anschrift des Personensorgeberechtigten falls abweichend**

Beschluss vom:

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

### 3. Weitere Angaben zur Antrag stellenden Person

Bestehen wegen der Behinderung Schadenersatzansprüche (z.B. wenn die Behinderung aufgrund eines Unfalls oder Impfschadens eingetreten ist)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Beihilfeansprüche gemäß den Beihilfевorschriften des öffentlichen Dienstes?	<input type="checkbox"/> ja, als Familienangehörige*r <input type="checkbox"/> ja, als Waise <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Die zuständige Beihilfestelle ist:
<input type="checkbox"/> Es bestehen keine weiteren Ansprüche	
Liegt ein Behindertenausweis vor?	<input type="checkbox"/> ja, GbB von _____ %
Welche Merkmale sind eingetragen?	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> GL <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> EB
<input type="checkbox"/> nein	
Eine Anerkennung nach dem Schwerbehindertenrecht ist beantragt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde ein Pflegegrad festgestellt?	
<input type="checkbox"/> ja, Grad: _____	
<input type="checkbox"/> nein	
Ein Pflegegrad ist beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden?	
<input type="checkbox"/> ja, bei: _____	
_____	
<input type="checkbox"/> nein	

### 4. Wer hat den Antrag auf Eingliederungshilfe angeregt?

<input type="checkbox"/> Eltern / Personensorgeberechtigte	<input type="checkbox"/> Schule / Kindertageseinrichtung	<input type="checkbox"/> Jugendamt
<input type="checkbox"/> Frühförderstelle	<input type="checkbox"/> Arzt / Klinik / Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> Andere

### 5. Beeinträchtigung

Bitte geben Sie an, welche Beeinträchtigung aus Ihrer Sicht den Hilfebedarf begründet

<input type="checkbox"/> körperliche Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> geistige Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> seelische / psychische Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> ggf. Erläuterung:		

### 6. Antragsbegründung (evtl. Rückseite nutzen)

Bitte beschreiben Sie die aktuelle Situation und welche Ziele mit der beantragten Hilfe erreicht werden sollen.

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

### 7. Angaben zum Leistungsanbieter der Maßnahme

Im Rahmen der Bedarfsermittlung prüft der Kreis, ob eine Bündelung zur Erreichung des Teilhabeziels sinnvoll ist und berät. 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.

<b>Ort, Datum</b>
<b>Unterschrift Antrag stellende Person oder Unterschrift beider Eltern / der Personensorgeberechtigten</b>
<b>Vollmacht des nicht anwesenden Elternteils bei geteiltem Sorgerecht</b> 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.
<b>Ort, Datum</b>
<b>Unterschrift des nicht anwesenden Elternteils bei geteiltem Sorgerecht</b>

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.

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).

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

#### 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

**Einschätzungsbogen der Eltern -  Schulbegleitung - § 35 a SGB VIII und § 112 ff SGB IX**  
Anlage zum Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe

<b>Name der Schule / Ort:</b>	
<b>Name der Klassenlehrkraft</b>	

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.) Mein/Unser Kind ist von einer Behinderung wie folgt betroffen:

c.) Beziehung zu anderen Familienmitgliedern:

d.) Freizeitaktivitäten des Kindes:

e.) Schulische Situation: (Geht das Kind gerne zur Schule? Hat es Angst vor Arbeiten? Wie kommt es mit den Lehrkräften zurecht? Hat das Kind Schulfreundschaften?)

f.) Welche Tätigkeiten sollen von einer Schulbegleitung übernommen werden?

g.) In welchem Bereich / in welchem Schulfach wird Unterstützung benötigt?

h.) Wie schätzen Sie den zeitlichen Umfang und voraussichtliche Dauer der Maßnahme ein?

Antrag für		
Name	Vorname	Geburtsdatum

### Fragebogen Nachmittagsbetreuung - von der Betreuung / Schule auszufüllen

Anlage zum Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe

1. Liegt eine Betriebserlaubnis vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Falls Ja – ist ein Antrag auf eine Integrationsmaßnahme zu stellen.					
2. Gibt es während der Nachmittagsbetreuung bereits eine Schulbegleitung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Wenn ja, für welche/n Schüler/in: _____					
Ist eine 1:2 Begleitung denkbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Wenn nein, warum nicht?					
3. Ist die Teilnahme an der Nachmittagsbetreuung / am Ganzttag verpflichtend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
4. Welche Angebote werden vorgehalten? Und an welchen wird der Schüler/die Schülerin teilnehmen?					
Angebot	Wird der Schüler/die Schülerin daran teilnehmen?		Uhrzeit von bis	Anzahl der Schüler*innen	Anzahl der Betreuer*innen
	ja	nein			
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hausaufgabenzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Verpflichtende AGs und Gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Freiwillige AGs und Gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
freie Spielzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonstiges Angebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Rahmenbedingungen (Qualifikation der Betreuer, Räumlichkeiten, Uhrzeitangabe der gesamten Fachkraftstunden / Betreuung, ggf. Konzept beifügen.					
6. Warum ist eine Begleitung des/der Schüler/in durch eine Schulbegleitung nötig?					
7. Was ist aus Ihrer Sicht die Funktion der Schullassistenten während der Nachmittagsbetreuung? Was soll durch den Einsatz erreicht werden?					
8. Welche Alternativen gibt es zur Begleitung am Nachmittag durch Schulbegleitung??					

Datum/Unterschrift Betreuungskraft

Datum/Unterschrift Schulleitung

Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_

**Schulische Stellungnahme  
zur Eingliederungshilfe Schulassistentz/Teilhabeassistentz  
zur Vorlage beim zuständigen Jugendamt/Sozialamt**

Name, Vorname  
der Schülerin/des Schülers \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Schule \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_

Klassenlehrkraft \_\_\_\_\_

**1) Schulische Rahmenbedingungen** (z.B. Anzahl der Schüler in der Schule & in der Klasse, Anzahl der unterrichtenden Lehrkräfte in der Klasse, Anzahl der Wochenstunden, Räumlichkeiten, Ganztagsangebot, Nebenraum, Treppen, Fahrstuhl etc.):

---

---

---

---

---

**1.1) Gibt es in dieser Klasse bereits eine Schulassistentz?**

- Ja
- Nein

**2) Schulische Situation des Schülers/der Schülerin / Problembereiche** (z.B. Pausenverhalten, ...):

---

---

---

---



**3) Sonderpädagogische Förderung?**

- Nein
- Ja, **vorbeugende Maßnahmen** im Bereich: \_\_\_\_\_
- Ja, **inklusive Beschulung** im Bereich: \_\_\_\_\_

**4) Nachteilsausgleich? (VO zur Gestaltung des Schulverhältnisses vom 19.08.2011, § 7)**

- Nein
- Ja, in Form von: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**5) Ist eine schulpsychologische Beratung erfolgt? (ggf. Stellungnahme beifügen)**

- Nein
- Ja:

---

---

---

---

---

**6) Unterstützung/Betreuung durch Teilhabeassistenten in der Schule liegt in folgenden Bereichen:**

- Sicherstellung der Mobilität
- Einsatz von Hilfsmitteln, die dem Schüler z.B. die Aufnahme von Informationen oder Kommunikation mit Lehrkräften und Mitschülern ermöglichen
- lebenspraktischen Verrichtungen, wie pflegerische / medizinische Versorgungstätigkeiten
- der Motivation und Ausrichtung der Aufmerksamkeit
- der Strukturierung des Schulalltages

- der Strukturierung des Unterrichtsmaterials/von Aufgaben
- der Einhaltung von mit Lehrkräften getroffenen Vereinbarungen
- der Gestaltung von Pausensituationen
- der Anbahnung und Begleitung von sozialer Interaktion
- der Erweiterung von Sozialkompetenz
- der Bewältigung von Krisensituationen

zusätzliche Angaben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7) Notwendiger Umfang der Teilhabeassistenz aus Sicht der Schule (z.B. gesamter Unterricht, Schulweg, Begleitung in die Hausaufgabenbetreuung, etc.):**

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

**8) Stellungnahme der Schulleitung:**

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Lehrkraft

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schulleitung

## **Merkblatt für die fachärztliche Stellungnahme - Bitte zum Termin in die Praxis mitnehmen**

### **An die Eltern / Sorgeberechtigten**

Bitte nehmen Sie dieses Merkblatt zum Termin bei ihrem Facharzt/ ihrer Fachärztin mit, damit das Antragsverfahren gemäß § 35 a SGB VIII oder § 75 i. V. m. § 112 SGB IX reibungslos ablaufen kann.

Bei körperlicher/geistiger oder mehrfacher Beeinträchtigung des Kindes ist eine Stellungnahme

- Ihres Facharztes (z. B. Kinderarzt) ausreichend

Bei seelischer/psychischer Beeinträchtigung ist eine Stellungnahme in einer Praxis

- für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder
- für Kinder- und Jugendpsychotherapie oder
- eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, z.B. von Vitos, einem Sozialpädiatrischen Zentrum oder einem Kinderneurologischen Zentrum.

### **An die Ärzte und Ärztinnen**

In der fachärztlichen Stellungnahme müssen folgende Punkte enthalten sein:

- Diagnose nach ICD-10 - Bitte die ICD 10-Nummern genau erläutern.
- Ebenfalls bitten wir Sie, evtl. vorliegende Verhaltensauffälligkeiten genau zu erläutern. Es ist nicht ausreichend, z.B. nur „emotionale Störungen“ aufzuführen.
- Auskunft darüber, ob die seelische, geistige oder körperliche Gesundheit des Kindes mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

### **Zusätzlich bei Gutachten für Legasthenie und Dyskalkulie**

- muss erkennbar sein, wie sich Störungen im schulischen und privaten Bereich bemerkbar machen und welche Ursachen hierfür mit hoher Wahrscheinlichkeit verantwortlich sind.
- Bei Vorliegen einer neurotischen Entwicklungsstörung bitten wir uns darzulegen, woraus diese abzuleiten ist.

### **Hinweis Autismus-Therapie**

Diagnosen, die von den Personen oder Institutionen erstellt wurden, die später die Leistungen erbringen sollen (z.B. Therapieinstituten) werden für die Antragstellung nicht anerkannt. Die fachliche Diagnose muss von einem Institut unabhängigen Dritten gestellt werden. Ausnahmen bilden die Autismus Ambulanzen der Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret und dem Klinikum Höchst. Die Diagnosen der genannten Kliniken werden anerkannt, auch wenn in den ihnen angeschlossenen Ambulanzen die Autismus-Therapie erbracht wird. Dieses Verfahren gilt auch bei weiteren Krankenhäusern und Kliniken, mit denen der örtliche Jugend-Eingliederungshilfe-Träger Vereinbarungen abgeschlossen hat.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.