

**Antrag zur Bewilligung einer Maßnahmepauschale  
des Trägers der Kindertagesstätte zum Ausgleich des  
behinderungsbedingten Mehraufwandes (RV-Integration)  
-Elternantrag-**

**I. Angaben zum Kind**

Vor- und Zuname		Geschlecht des Kindes weiblich
Geburtsdatum / -ort		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Zugezogen von / am		Bei Zuzug bitte eine Aufstellung der Aufenthaltssorte seit Geburt des Kindes einreichen.
Derzeitiger Aufenthalt bei den	Eltern	
Staatsangehörigkeit		
Ausländerrechtlicher Status	Aufenthaltserlaubnis Gültig bis <input type="text"/> Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.	
Krankenkasse (Name und Anschrift)		KV-Nummer

**II. Angaben zur Mutter**

Vor- und Zuname		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Telefon / Mobil		
Staatsangehörigkeit		
Ausländerrechtlicher Status	Aufenthaltserlaubnis Gültig bis <input type="text"/> Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.	
Familienstand	ledig	
Sorgeberechtigt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Falls nein, ist ein <b>geeigneter Nachweis</b> (z.B. Negativbescheinigung des zuständigen Jugendhilfeträgers) einzureichen.

**III. Angaben zum Vater**

Vor- und Zuname		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Telefon / Mobil		

<b>Staatsangehörigkeit</b>		
<b>Ausländerrechtlicher Status</b>	Aufenthaltserlaubnis Gültig bis <input type="text"/> oder <input type="text"/> Sie, um ein Datum einzugeben.	
<b>Familienstand</b>	ledig	
<b>Sorgeberechtigt</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Falls nein, ist ein <b>geeigneter Nachweis</b> (z.B. Negativbescheinigung des zuständigen Jugendhilfeträgers) einzureichen.

**IV. Ggf. Angaben zu weiteren Personen bei denen sich das Kind aufhält (Pflegeeltern, Verwandte etc.)**

<b>Vor- / Zuname(n) der Pflegeeltern, Verwandten etc. oder Name der stationären Einrichtung</b>	
<b>Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)</b>	
<b>Telefon / Mobil</b>	
<b>Wo wohnte das Kind vor der Pflegefamilie bzw. vor der Aufnahme in der stationären Einrichtung?</b>	

**V. Ggf. Angaben zum gesetzlichen Vertreter (Sorgeberechtigter)**

<b>Vor- und Zuname</b>	
<b>Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)</b>	
<b>Telefon / Mobil</b>	

**VI. Unterlagen / Weitere Angaben zum Integrationskind**

<b>Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bitte Ausweiskopie vorlegen.
	Vorhandene Merkzeichen: <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> R	
<b>Liegt ein Pflegegrad vor?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bitte Einstufungsbescheid vorlegen.
<b>Unterstützung durch sozialen Dienst (Jugendamt)?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
<b>Wird eine Rente vom Versorgungsamt bezogen?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bitte Rentenbescheid (Impfschädigung oder Opferentschädigungsgesetz) vorlegen.
<b>Begleitende Maßnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Fachklinik <input type="checkbox"/> Fachärzte <input type="checkbox"/> Kinderärzte <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Psychomotorik	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Allgemeine Frühförderung <input type="checkbox"/> Spezielle Frühförderung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Bereits erhaltene Maßnahmen (nur auszufüllen bei Zuzug)</b>	<input type="checkbox"/> Allgemeine Frühförderung <input type="checkbox"/> Spezielle Frühförderung <input type="checkbox"/> Integrationsplatz in Kitas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Von welchem Sozialhilfeträger wurden die Kosten übernommen?

## VII. Ansprüche gegen Dritte

Die Behinderung ist Folge	eines Unfalls	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	eines Impfschadens	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	eines schuldhaften Verhaltens Dritter	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	<b>ggf. bitte entsprechende Unterlagen beifügen.</b>		

## VIII. Begründung des Antrages (Nähere Angaben zur Behinderung des Kindes)

## IX. Erklärung des/der gesetzlichen Vertreters/in für die/den Hilfesuchenden

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind (insbesondere **Wohnortwechsel, vorzeitige Beendigung der Integrationsmaßnahme etc.**) **unverzüglich** und **unaufgefordert schriftlich** dem Fachbereich Soziale Angelegenheiten – Eingliederungshilfe – des Landkreises Waldeck-Frankenberg mitzuteilen.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages bzw. zur Einstellung bereits gewährter Leistungen führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist und zu Unrecht bezogene Leistungen zu erstatten sind.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch Teil I (§§ 60-67 SGB I) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die das unter I. genannte Kind behandeln oder behandelt haben oder denen es vorgestellt worden ist oder wird, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

