

## Antrag auf Gewährung einer Schulbegleitung

nach § 112 Neuntes Sozialgesetzbuch (SGB 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. Die Felder erweitern sich bei Texteingabe automatisch.

Bitte belegen Sie Ihre Angaben an den geforderten Stellen durch entsprechende Unterlagen (siehe "Wichtige Hinweise" am Ende dieses Dokuments).

Erstantrag

Folgeantrag

Für das Schuljahr:

### A) Angaben zum Kind

Familiename		Vorname	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Wohnort	
Geschlecht	Geburtsdatum		Geburtsort
Krankenversicherung des Kindes			Versicherungsnehmer
Anschrift der Krankenversicherung			Versichertennummer
Staatsangehörigkeit			

Bei ausländischer Staatsangehörigkeit (bitte ankreuzen):

dauerhafter Aufenthalt

befristeter Aufenthalt

### B) Angaben zu den Eltern

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

Anschrift (falls abweichend)	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Das Sorgerecht liegt bei:

Eltern  Mutter  Vater

Vormund oder weitere  
erziehungsberechtigte  
Person(en)

Name und Kontaktdaten:

--

Ist Ihr Kind in einer Einrichtung über Tag und Nacht untergebracht?

nein  ja

wenn ja, bitte den Namen der stationären Wohneinrichtung / Gruppe angeben:

--

Handelt es sich um ein Pflegekind?

nein  ja

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

--

Bezieht Ihr Kind oder Sie als Eltern eine der folgenden Leistungen:

Leistungen nach dem SGB II -  
Grundsicherung für Arbeitssuchende  Leistungen nach dem SGB XII -  
Sozialhilfe  keine dieser Leistungen

### C) Angaben zur Behinderung des Kindes

Welche Behinderung hat Ihr Kind?

<p>.</p> <p>.</p>
-------------------

Ist die Behinderung aufgrund eines anerkannten Fremdverschuldens eingetreten?

nein  ja

wenn ja: gibt es einen Schadensersatzanspruch?

nein  ja

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

--

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

ja  nein  ist beantragt

wenn ja, welchen Grad:

Merkzeichen:

befristet bis:

--	--	--

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 sechs Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe (Autismustherapie, Motopädie, Schulbegleitung etc.) erhalten?

nein

ja

wenn ja, von wem und welche:

**D) Angaben zur Schulbegleitung**

Welche Schule besucht Ihr Kind im beantragten Zeitraum?

Welche Klasse besucht Ihr Kind im beantragten Zeitraum?

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

nein

ja

wenn ja, welche Hilfsmittel?

Ist Ihr Kind eigenständig mobil?

ja

ja, bei Nutzung von Hilfsmitteln

nein

nein, nur mit personeller Unterstützung

Kann Ihr Kind selbstständig essen und trinken?

ja

ja, bei Nutzung von Hilfsmitteln

nein

nein, nur mit personeller Unterstützung

Kann Ihr Kind selbstständig auf die Toilette gehen?

ja

ja, bei Nutzung von Hilfsmitteln

nein

nein, nur mit personeller Unterstützung



## 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 (Formular auf [www.kreis-soest.de/schulbegleitung](http://www.kreis-soest.de/schulbegleitung))
- Bericht der Kindertageseinrichtung bei Schulanfänger\*innen
- Kopie des Schwerbehindertenausweis / alternativ Bescheid
- 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 habe / wir haben davon Kenntnis, dass der Kreis Soest seine Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon gemäß §§ 14 und 15 SGB IX an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann. Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten bin ich / sind wir einverstanden.

Ich bin / wir sind darüber unterrichtet, dass die in der individuellen Bedarfsermittlung des Kreises Soest erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und der erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Gesamtplanes verwendet werden.

Ich bin / wir sind darüber informiert, dass mit meiner Zustimmung der Träger der Eingliederungshilfe eine Gesamtkonferenz gemäß § 143 SGB IX durchführen kann.

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 Kreises Soest (Abteilung Soziales, Gesundheit, Schulangelegenheiten sowie Jugend und Familie)

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
---------------	----------------------------------