



Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII

beim Kreisjugendamt Ahrweiler
Wilhelmstraße 24 - 30, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

- Erstantrag
 Folgeantrag
 Änderungsantrag

Persönliche Verhältnisse

	Junger Volljähriger	Mutter	Vater
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
Familienstand			
Anschrift			
Festnetznummer			
Mobilnummer			
Mailanschrift			
Erlerner Beruf			
Berufliche Tätigkeit			
Derzeitiger Aufenthalt des jungen Erwachsenen (nur, soweit nicht bei den leiblichen Eltern)			

Angaben zu Geschwisterkindern, Name, Geburtsdatum	
Sorgeberechtigter: <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> beide Eltern gemeinsam <input type="checkbox"/> Vormundschaft / Pflegschaft (gegebenenfalls Nachweis beifügen)	
Bei welchem Elternteil hat das Kind vor Hilfebeginn gelebt: von bis	
Bestand bereits in der Vergangenheit Kontakt zum Jugendamt/Sozialamt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, mit welchem Jugendamt/Sozialamt, Ansprechpartner):	
Wurde bereits in der Vergangenheit Eingliederungshilfe gewährt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, von welchem Jugendamt/Sozialamt):	

Grund der Beantragung

--

Angaben zur Behinderung des Kindes (soweit möglich und bekannt)

Welche Behinderung besteht bei Ihrem Kind?
Ursache der Behinderung	<input type="checkbox"/> angeborenes Leiden ohne Fremdeinwirkung <input type="checkbox"/> Fremdverschulden <input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Gewaltverbrechen <input type="checkbox"/> nicht bekannt

Anerkennung nach dem Schwerbehindertenrecht (§ 69 SGB IX)	Schwerbehindertenausweis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beantragt wenn „ja“: Grad der Behinderung:.....% Feststellungsbehörde: Pflegegrad (wenn vorhanden):
---	--

Aufenthaltsstatus (nur ausfüllen, wenn keine deutsche oder EU-Staatsangehörigkeit besteht)

<input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> ungeklärt	gültig bis:
---	-------------

Aufenthaltsverhältnisse des/der Hilfesuchenden und der Eltern in den letzten 12 Monaten

Name, Vorname	PLZ, Aufenthaltsort	vom	bis

Bei vollstationärer Unterbringung:

Kindergeldberechtigter und zuständige Familienkasse Kindergeld-Nr.:

.....

Krankenkasse des Kindes Vers.-Nr.:

.....

versichert über: Mutter Vater

.....

Waisen-/Halbwaisenrente von: Vers.-Nr.:

.....

Erklärung der/des Antragsteller/in/s:

Ich versichere / wir versichern, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden. Mir / uns ist bekannt, dass Änderungen der Familienverhältnisse wie z.B. Umzüge an einen anderen Wohnort unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen sind.

Ihre Angaben werden benötigt um prüfen zu können, ob die Voraussetzungen für die Hilfestellung vorliegen. Grundlage für die Datenerhebung ist § 60 Sozialgesetzbuch I. Buch: „Wer Sozialleistungen

beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Ich bin / Wir sind bereit, im Sinne einer positiven Entwicklung unseres Kindes an der Eingliederungshilfe-Maßnahme nach unseren Möglichkeiten in Absprache mit dem Kreisjugendamt Ahrweiler mitzuwirken. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass zwischen dem Träger der Maßnahme und dem Kreisjugendamt Ahrweiler ein Informationsaustausch erfolgt. Mir / Uns ist bekannt, dass ein detaillierter Hilfeplan nach § 36 SGB VIII unter meiner / unserer Mitarbeit zu erstellen ist. Über die Pflicht zur Auskunftserteilung gemäß § 97a SGB VIII wurde/n ich / wir belehrt.

Bei teil- und vollstationären Leistungen nach den §§ 27 ff. i.V.m. § 35a SGB VIII:

Mir / Uns ist bekannt, dass zu den Jugendhilfeaufwendungen beigetragen werden muss, soweit dies nach den gesetzlichen Bestimmungen der §§ 90 ff SGB VIII zulässig, erforderlich und mir / uns zumutbar ist. Ich bin / Wir sind weiterhin bereit, die Auskünfte über meine / unsere wirtschaftlichen Verhältnisse zu erteilen, die zur Ermittlung eines Kostenbeitrages erforderlich sind. Die dafür notwendigen Vordrucke werde/n ich / wir ausfüllen.

Ich / Wir wurde/n darüber informiert, dass der kindergeldberechtigte Elternteil bei einer Unterbringung des o. g. Kindes über Tag und Nacht ab Hilfebeginn einen Kostenbeitrag mindestens in Höhe des Kindergeldes gemäß § 94 Abs. 3 SGB VIII zu leisten hat.

Leistungen Dritter für mein / unser Kind (Unterhaltsleistungen vom anderen Elternteil, BAB, BAföG, Halbwaisenrente usw.) werden vom Jugendamt gemäß § 93 Abs. 1 SGB VIII in voller Höhe ab Hilfebeginn in Anspruch genommen.

Sofern Leistungen dieser Art für die Zeit der Hilfestellung noch an mich / uns fließen, bin ich mir / sind wir uns darüber im Klaren, dass diese Beträge vom Jugendamt zurückgefordert werden können.

Darüber hinaus besteht für das Kind während des Hilfezeitraums kein Anspruch auf Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz (UVG).

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / des gesetzlichen Vertreters
Unterschrift des Jungen Volljährigen

An die
Kreisverwaltung Ahrweiler
Jugendamt - Eingliederungshilfe
z. H. Frau Weltken
Wilhelmstraße 24 – 30

53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

**ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT
im Rahmen der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII**

(Name, Vorname): _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Ich erteile zur Bearbeitung des Antrags auf Eingliederungshilfe eine **Entbindung von der Schweigepflicht** gegenüber Frau Weltken (oder Vertreter/In im Amt) zum Zweck der Einholung von notwendigen Informationen sowie dem Austausch von Daten und Befunden.

Die Daten werden nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt worden sind.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt gegenüber nachfolgend genannten Personen und Institutionen.

Personen und Institution (z. B. Arzt, Therapeuten, etc.)	Kontaktdaten (Anschrift, ggf. Telefonnummer)

Kindertagesstätte/Schule	Kontaktdaten (Anschrift, ggf. Telefonnummer)

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Unterschrift des jungen Volljährigen



Bitte ausgefüllt zurückschicken an:

Kreisverwaltung Ahrweiler
Jugendamt - Eingliederungshilfe
Wilhelmstraße 24-30
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

STELLUNGNAHME DES JUNGEN VOLLJÄHRIGEN / DES JUGENDLICHEN ZUR VORLAGE BEI DER KREISVERWALTUNG AHRWEILER

**Antrag auf Eingliederungshilfe
gemäß § 41 i.V.m. § 35a Sozialgesetzbuch - Achtes Buch - (SGB VIII)**

für: _____

geboren am: _____

wohnhaft: _____

Sie leiden gemäß dem uns vorliegenden Antrag an einer Schwäche bzw. einer Störung, die möglicherweise zu einer seelischen Behinderung führen kann oder bereits geführt hat. Um dies angemessen überprüfen zu können, benötigen wir unter anderem einige Angaben von Ihnen. Falls der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreicht, können Sie weitere Blätter anfügen.

Allgemeine Angaben:

• Name der Mutter _____ Geb. Datum: _____

• Sorgerechtigt: ja _____ nein _____

• Anschrift, Telefonnummer:

• Name des Vaters _____ Geb. Datum: _____

• Sorgerechtigt: ja _____ nein _____

• Anschrift, Telefonnummer:

1. Angaben zur Diagnostik

- Erhalten/erhielten Sie therapeutische Unterstützung? (Psychotherapie, Heilpädagogik, Ergotherapie, Logopädie)

ja

nein

Wenn ja, Diagnose: _____

Wo? _____

Welche Therapie? _____

Klinik/Praxis: _____

Zeitraum: _____

- Wurden Sie in der Vergangenheit in einer Psychiatrie stationär oder in einer Tagesklinik behandelt?

ja

nein

Wenn ja, Diagnose: _____

Wo? _____

Zeitraum: _____

- Nehmen Sie Medikamente?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

- Ist in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister etc.) eine ähnliche Diagnose gestellt worden?

ja

nein

Falls ja: Bei wem? _____

- Welche Schule/Ausbildungsstelle besuchen Sie bzw. planen Sie zu besuchen?

2. Angaben zu Ihrem Verhalten in den letzten 12 Monaten

Verhaltensweise:	häufig	sel- ten	nie
Albernheiten, den Clown spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anlehnungsbedürftig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht beeinflussbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
will abends nicht ins Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daumenlutschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nimmt Alkohol, Drogen, usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eifersucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isst zu viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isst schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht ermüdbar, wenig belastbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfindsam, sensibel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht erregbar, unbeherrscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faulheit, drückt sich gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktschwierigkeiten, schüchtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen, leicht ablenkbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufig krank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lügt, unehrlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nägelkauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nervös, zappelig, unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausgesprochen passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auffälliges sexuelles Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schläft schlecht ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schreckt nachts auf, Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagträumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grundlose Traurigkeit und weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
morgens unausgeschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungehorsam, Trotz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeschicklichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unselbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensweise:	häufig	sel- ten	nie
Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
noch sehr verspielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zerstört mutwillig Sachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hält sich nicht an Absprachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist lärmempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verfolgt Sonderinteressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeigt stereotypische Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Verhaltensweisen:	<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"/>
	<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"/>
	<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"/>

- Wo sehen Sie Ihre Stärken?

- Welche besonderen Interessen, Neigungen und Fähigkeiten haben Sie?

- Was können Sie nicht so gut? / Wofür benötigen Sie Hilfe?

- Wie gehen Sie mit diesem besonderen Verhalten um?

- Haben Sie Freunde?

ja

nein

Falls ja: Wie lange bestehen diese Freundschaften schon? _____

Wie häufig (in der Woche) treffen Sie Ihre Freunde? _____
Falls nein: Wie erklären Sie sich das?

- Was machen Sie in Ihrer Freizeit?

- Was möchten Sie mit der Hilfe erreichen?

- Wie wollen Sie wohnen?
(bei Ihren Eltern, eigenes Zimmer, Wohngemeinschaft, eigene Wohnung)

- Wie stellen Sie sich Ihren schulischen/beruflichen Lebensweg vor?

- Wie wollen sie ihr Leben finanzieren?

- Was möchten Sie tun, um ihre Ziele zu erreichen?

Ort, Datum

Unterschrift des jungen Volljährigen/Jugendlichen

Bitte legen Sie dieses Formular Ihrem Facharzt vor und reichen Sie dieses ausgefüllt mit der fachärztlichen Stellungnahme bei der Kreisverwaltung Ahrweiler, Jugendamt, ein.

Sehr geehrte Damen und Herren,

für das Kind _____, geb. am _____,
wurde ein Antrag auf Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung gestellt.

Das Gesetz sieht eine Unterscheidung zwischen körperlich, geistigen und seelischen Behinderungen vor. Je nach Art der Behinderung sind unterschiedliche Rechtskreise einschlägig. So sind für körperliche und geistige Behinderungen die Vorschriften des SGB IX (Sozialamt) und für seelische Behinderungen die Vorschriften des SGB VIII (Jugendamt) anzuwenden. Aus diesem Grund benötigen wir von Ihnen eine Zuordnung von _____ zu einem der beiden Personenkreise:

Personenkreis SGB VIII
eine seelische Beeinträchtigung liegt vor droht

Eine Zuordnung zum Personenkreis des § 35a SGB VIII liegt vor, wenn die seelische Gesundheit eines Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Die Stellungnahme hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit ist gemäß § 35a Abs. 1a SGB VIII von einem Arzt/einer Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie oder eines/r Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/in abzugeben. Eine Stellungnahme eines/r Kinderarztes/ärztin reicht nicht aus.

Personenkreis SGB IX
eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung
 liegt vor droht

Eine Zuordnung zum Personenkreis des SGB IX liegt vor, wenn eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung vorliegt, die den Menschen in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindert. Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Die Stellungnahme ist von einem Facharzt des jeweiligen Gebietes abzugeben. Eine Stellungnahme eines/r Kinderarztes/ärztin reicht nicht aus.

Es liegt keine seelische, körperliche oder geistige Beeinträchtigung i. S. d. § 2 SGB IX vor.

Sofern zwar eine Diagnose aus dem seelischen, körperlichen oder geistigen Bereich vorliegt, diese aber nicht zu einer Abweichung des für das jeweilige Lebensalter typischen Zustands führt, liegt keine Behinderung i. S. d. § 2 SGB IX vor und somit ist keine Personenzugehörigkeit zu einem der beiden Rechtskreise gegeben.

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an Frau Reven, Tel. 02641/975-478.

Datum, Ort

Unterschrift des/der Arztes/Ärztin

Stempel der Praxis