

StädteRegion Aachen
Amt für Soziales und Senioren (A 50.5)
– Eingliederungshilfe –
Zollernstr.10
52070 Aachen



Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe

Elternantrag

Art der beantragten Hilfe:

Autismustherapie gem. §§ 90, 112 in Verbindung mit § 75 SGB IX

Neuantrag **Folgeantrag**

Leistungsanbieter: _____

Persönliche Angaben des Kindes:

Familienname: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: -- . -- . ----	
Geburtsort: _____	Staatsangehörigkeit: _____
Ausländerrechtlicher Status: _____	Aufenthaltstitel gültig bis: -- . -- . ----
Straße und Hausnummer: _____	Postleitzahl: _____ Wohnort: _____
Sorgerechtsinhaber*in: _____	
Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Krankenkasse: _____
	Versicherungsnummer: _____

Grad der Behinderung: ---

Merkzeichen: aG G B GI BI H TBI

Werden Leistungen nach dem AsylbLG bezogen? ja nein

(Wenn „ja“: Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides vorlegen)

Handelt es sich um ein Pflegekind? ja nein

(Wenn „ja“: Wo hat das Kind vor der Aufnahme in die Pflegestelle/Pflegefamilie gelebt?)

Ist das Kind stationär untergebracht? ja nein

(wenn „ja“, Wohnort vor der Unterbringung: -----)

Bekommt ihr Kind Leistungen von der Jugendhilfe? ja nein

Persönliche Angaben der Erziehungsberechtigten:

	Erziehungsberechtigte/r:	Erziehungsberechtigte/r:
Familienname:	-----	-----
Vorname:	-----	-----
Geburtsdatum:	-----	-----
Staatsangehörigkeit:	-----	-----
Familienstand:	-----	-----
Telefonnummer:	-----	-----
E-Mail-Adresse:	-----	-----

Liegt ein gemeinsames Sorgerecht vor? ja nein

(wenn „nein“, bitte Bescheinigung über alleiniges Sorgerecht beifügen)

Mein/ unser Kind erhält zurzeit folgende ergänzende Maßnahmen:

- Begleitung durch das Frühförderzentrum Sehen/ Hören/ Autismus/
- Ergotherapie
- Logopädie Physiotherapie
- Psychotherapie Freizeitbegleitung
- Sonstige: _____

Ist eine Schulbegleitung vorhanden:

- nein ja

und zwar im Umfang von (Std/Woche): _____

Name der Schule: _____

Name und Anschriften von den Ärzten oder Ärztinnen, die das Kind behandeln:

Welche Diagnosen oder Auffälligkeiten bestehen bei Ihrem Kind?

Bitte beschreiben Sie genau, welche Hilfe Ihr Kind braucht:

