

**ANTRAG DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN
AUF GEWÄHRUNG EINER MAßNAHME-PAUSCHALE
für einen Integrationsplatz in einer Tageseinrichtung für Kinder**

*Bitte den Antrag **vollständig** ausfüllen!*

Integrationsplatz in der Kindertagesstätte:	Geplanter Beginn:

ANGABEN ZUM KIND:

Name, Vorname des Kindes:	
 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsdatum und -ort:	Staatsangehörigkeit:
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Wohnort und Ortsteil):	
Art der Beeinträchtigung bzw. Behinderung des Kindes:	

ANGABEN ZU DEN ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN:

Name und Vorname der gesetzlichen Vertreter (Eltern, Vormund):		
Anschrift:	Beruf Mutter:	Beruf Vater:
Telefon / E-mail:	Zugezogen am / von:	Staatsangehörigkeit:
Bei ausländischen Antragstellern - Ich bin / wir sind:		
<input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Asylberechtigt <input type="checkbox"/> Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Sonstige/r Ausländer		
<p style="text-align: center;">Bitte Ausweiskopie beifügen!</p>		

BEI PFLEGEKINDERN:

Besteht eine Vormundschaft Sorgerechtpflegschaft? Seit wann ist das Kind bei Pflegeeltern untergebracht?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <input type="checkbox"/> Eingeleitet
Name und Anschrift des Vormundes / Pflegers:	
Wo wohnte das Kind vor Aufnahme in die Pflegefamilie?	

VORVERPFLICHTETE LEISTUNGSTRÄGER:

Werden Leistungen (Renten etc.)	<input type="checkbox"/> beantragt?	<input type="checkbox"/> bezogen, wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/> Impfschädigung	<input type="checkbox"/> nach dem Opferentschädigungsgesetz	
<input type="checkbox"/> als Halbweise	<input type="checkbox"/> als Waise	<input type="checkbox"/> als
Bestehen wegen eines Unfalls gegen einen privaten bzw. gesetzlichen Unfallversicherungsträger Ansprüche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

BEREITS EINGELEITETE MAßNAHMEN UND THERAPIEN:

Erhalten Sie Unterstützung durch den Allgemeinen Sozialen Dienst (Kinder- und Jugendhilfe)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? Bitte Kopie beifügen!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt eine Pflegestufe vor? Bitte Pflegegutachten beifügen!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Finden Therapien statt? Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betreuende Ärzte und/oder Kliniken:		
Vorliegende Befunde	<input type="checkbox"/> haben wir beigelegt	<input type="checkbox"/> reichen wir nach
Formular „Schweigepflichtsentbindung“	<input type="checkbox"/> haben wir beigelegt	<input type="checkbox"/> reichen wir nach

BEFÖRDERUNGSKOSTEN:

Mir/Uns ist bekannt, dass laut Anlage 4 zur Rahmenvereinbarung Integrationsplatz die Maßnahme *im unmittelbaren Wohnumfeld* stattfinden soll, um die Integration des Kindes zu fördern. Dabei entstehen keine gesondert zu berechnende Beförderungskosten.

Falls mein/unser Kind *auf meinen/unseren Wunsch* hin nicht die nächstgelegene Tageseinrichtung mit geeignetem Integrationsplatz, sondern eine andere Einrichtung besucht, ist mir/uns bewusst, dass ich/wir in diesem Falle die Beförderungskosten selbst zu tragen habe/n.

.....
Datum

.....
Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten oder Vormundes / Pflegers