

Antrag auf heilpädagogische Leistungen der Frühförderung gem. § 76 SGB IX (Sozialgesetzbuch IX – Neuntes Buch)

Erstantrag

Weiterbewilligungsantrag für:

eigenes Kind

Pflegekind

Magistrat der Stadt Bremerhaven
Sozialamt
Steuerungsstelle Frühförderung



SEESTADT
BREMERHAVEN

Hinrich-Schmalfeldt-Straße
27576 Bremerhaven

Stadthaus 4, EG und 1. Etage

Öffnungszeiten:
montags: 9 - 12 Uhr und 15 - 17 Uhr
mittwochs und freitags: 9 - 12 Uhr

sowie nach telefonischer Vereinbarung

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 – 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67 a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die im Folgenden beantragten Leistungen erhoben.

Eltern/Pflegeeltern

Name Mutter/Pflegemutter:		Vorname Mutter/Pflegemutter:	
Straße, Hausnummer:		Geburtsdatum:	
PLZ:	Wohnort:		
Staatsangehörigkeit(en):			
Tel./Handy-Nr. (Angabe freiwillig):		E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig):	
Name Vater/Pflegevater:		Vorname Vater/Pflegevater:	
Straße, Hausnummer:		Geburtsdatum:	
PLZ:	Wohnort:		
Staatsangehörigkeit(en):			
Tel./Handy-Nr. (Angabe freiwillig):		E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig):	

Kind

Name:		Vorname:	
Geburtsort:		Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit(en):			

Heilpädagogische Leistungen der Frühförderung - Zutreffendes bitte ankreuzen/ausfüllen!

<input type="checkbox"/> Mein/unsere Kind besucht eine Kindertageseinrichtung seit (TT.MM.JJJJ):	Datum:
Name und Anschrift der Kindertageseinrichtung:	
<input type="checkbox"/> Mein/unsere Kind befindet sich in Kindertagespflege bei einer Tagespflegeperson seit (TT.MM.JJJJ):	Datum:
Name und Anschrift der Tagespflegeperson:	
<input type="checkbox"/> Mein/unsere Kind besucht noch keine Kindertageseinrichtung/befindet sich nicht in Kindertagespflege.	
Die Antragstellung erfolgt auf Empfehlung von:	
<input type="checkbox"/> Die Frühförderung soll durch folgenden Träger erfolgen:	Name der Frühförderstelle:
Ich bin/wir sind mit der Weitergabe des Untersuchungsergebnisses des Gesundheitsamtes Bremerhaven und der darin enthaltene Förderempfehlung an die Frühförderstelle einverstanden.	
<input type="checkbox"/> Mein/unsere Kind hat bereits Frühförderung erhalten: nein ja, folgende:	heilpädagogische Leistungen medizinisch-therapeutische Leistungen
Name und Anschrift der Frühförderstelle:	

Mein/unser Kind erhält bereits medizinisch-therapeutische Leistungen nein ja - und zwar:

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei: Praxisname:

Ergotherapie bei: Praxisname:

Physiotherapie bei: Praxisname:

Krankenkasse, bei der das Kind versichert ist:

Kinder- und Jugendärztin/Kinder- und Jugendarzt bzw. Hausärztin/Hausarzt, bei dem das Kind in Betreuung/Behandlung ist:

Name: Tel.-Nummer:

Adresse:

Name: Tel.-Nummer:

Adresse:

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass das Gesundheitsamt Bremerhaven von den nachstehend bezeichneten Ärztinnen/Ärzten, Kliniken, Therapeutinnen/Therapeuten und Institutionen die zur abschließenden Feststellung des Frühförderbedarfs notwendigen Auskünfte und ggf. ergänzende Unterlagen einholen.

Bezeichnung der Unterlagen:

Die betreffenden und im Folgenden benannten Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten entbinde ich/entbinden wir insoweit gegenüber der interdisziplinären Früherkennungsstelle von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Name: Tel.-Nummer:

Adresse:

Name: Tel.-Nummer:

Adresse:

Name: Tel.-Nummer:

Adresse:

Falls mein/unser Kind die heilpädagogische Leistung in einer Tageseinrichtung erhalten soll, bin ich/sind wir damit einverstanden, dass der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Bremerhaven die Förderung kontinuierlich begleitet und die zur Durchführung der Fördermaßnahmen notwendigen Informationen an die Einrichtung weitergibt.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass der zuständige Rehabilitationsträger (Jugend- und Sozialhilfeträger) von der begutachtenden Stelle ggf. ergänzende Unterlagen einholt.

Ich/wir verpflichten uns, sämtliche Änderungen, die Auswirkungen auf den Leistungsanspruch haben, dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich mitzuteilen.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift(en) der Sorgeberechtigten/Pflegeeltern des Kindes _____