

Antrag auf heilpädagogische Leistungen der Frühförderung gem. § 79 Abs. 1, 2 SGB IX
(Sozialgesetzbuch IX – Neuntes Buch)

Erstantrag Weiterbewilligung für: mein/unser Kind mein/unser Pflegekind

Magistrat der Stadt Bremerhaven
Sozialamt

Hinrich-Schmalfeldt-Straße
27576 Bremerhaven



SEESTADT
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. Die Erhebung erfolgt nach §§ 67 ff SGB X. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt zur Datenerhebung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Sozialamt Bremerhaven.

Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn er vollständig ausgefüllt und unterschrieben ist.

Eltern/Pflegeeltern

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

Kind

Name:		Vorname:		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.	
Geburtsort:				Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit(en):					

Heilpädagogische Leistungen der Frühförderung

- Zutreffendes bitte ankreuzen / ausfüllen!

<input type="checkbox"/>	Mein/unser (Pflege-)Kind besucht eine Kindertageseinrichtung seit (TT.MM.JJJ):	Datum:
Name und Anschrift der Kindertageseinrichtung:		
<input type="checkbox"/>	Mein/unser (Pflege-)Kind befindet sich in einer Kindertagespflege bei einer Tagespflegeperson seit (TT.MM.JJJ):	Datum:
Name und Anschrift der Tagespflegeperson:		
<input type="checkbox"/>	Mein/unser (Pflege-)Kind besucht noch keine Kindertageseinrichtung/befindet sich nicht in einer Kindertagespflege.	
<input type="checkbox"/>	Die Antragstellung erfolgt auf Empfehlung von:	
<input type="checkbox"/>	Die Frühförderung soll durch folgenden Träger erfolgen: Name der Frühförderstelle:	
<input type="checkbox"/>	Für mein/unser (Pflege-)Kind wurden bereits Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt:	
<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Ja →	Zeitpunkt der 1. Antragstellung: Art der Leistung:
Zuständiger Eingliederungs-/Jugendhilfeträger / Wohnort zum Zeitpunkt der 1. Antragstellung:		

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

Stimm-, Sprech-, und Sprachtherapie bei: Praxisname:

Ergotherapie bei: Praxisname:

Physiotherapie bei: Praxisname:

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

Name: _____ Tel.-Nummer: _____

Adresse: _____

Name: _____ Tel.-Nummer: _____

Adresse: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungen und Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht

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 einholt und entbinde die namentlich benannten Ärztinnen/Ärzte, Kliniken, Therapeutinnen/Therapeuten und Institutionen insoweit von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Hinweis: Bei Nichterteilung der Schweigepflichtentbindung werden Sie zur Vorlage der erforderlichen Unterlagen aufgefordert. Gehen diese nicht oder nicht rechtzeitig ein, kann der Antrag ggf. abgelehnt werden.

Kinder- und Jugendärztin/Kinder- und Jugendarzt, bei der/dem das Kind in Betreuung/Behandlung ist (siehe Angabe oben)

Name/Bezeichnung: _____ Adresse: _____

Folgende Unterlagen sollen von der erteilten Schweigepflichtentbindung unberührt bleiben:	Bezeichnung der Unterlagen:
---	-----------------------------

Hinweis: Die Einwilligungserklärungen sind freiwillig. Verweigern Sie diese, kann der Antrag ggf. abgelehnt werden. Sie haben zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, Ihre gemachten Angaben und Einwilligungen ganz oder teilweise zu widerrufen.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Bremerhaven mit der notwendigen Begutachtung zur Feststellung des heilpädagogischen Förderbedarfs beauftragt wird und das von ihm erstellte Gutachten dem Sozialamt Bremerhaven für deren Entscheidung über den Antrag zuleitet.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Bremerhaven die Umsetzung der heilpädagogischen Leistungen kontinuierlich begleitet (ggf. anlassbezogene Untersuchungen, Hospitationen in der Kindertageseinrichtung sowie beratende Gespräche mit den Personensorgeberechtigten/Pflegeeltern) und notwendige Informationen über mögliche Änderungen an das Sozialamt Bremerhaven weitergibt.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass das Sozialamt Bremerhaven die für die Durchführung der heilpädagogischen Leistungen notwendigen Informationen (z.B. Kind bezogene Daten, Untersuchungsergebnis des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes Bremerhaven, Bewilligungszeitraum) an den Träger der Interdisziplinären Frühförderstelle weitergibt.

Mit der Antragstellung sind Sie verpflichtet sämtliche Änderungen, die Auswirkungen auf den Leistungsanspruch haben können, dem Sozialamt Bremerhaven unverzüglich mitzuteilen.

Ort

Datum

Unterschrift(en) der Sorgeberechtigten/Pflegeeltern des Kindes