

Antrag auf Komplexeleistung der Frühförderung gem. § 46 und 79 Abs. 3 SGB IX  
(Sozialgesetzbuch IX – Neuntes Buch)

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

Magistrat der Stadt Bremerhaven  
Sozialamt  
Steuerungsstelle Frühförderung  
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):					

**Komplexeleistungen der Frühförderung, bestehend aus heilpäd. Leistungen i. V. m. med.-therapeutischen Leistungen**

<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: <span style="float: right;">Name der Frühförderstelle:</span>	
<input type="checkbox"/>	Für mein/unser (Pflege-)Kind wurden bereits Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt:	
<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Ja →	Zeitpunkt der <b>1. Antragstellung:</b> <span style="float: right;">Art der Leistung:</span>
Zuständiger Eingliederungs-/Jugendhilfeträger / Wohnort zum Zeitpunkt der <b>1. Antragstellung:</b>		

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:

**Krankenkasse, bei der das (Pflege-)Kind versichert ist: (Bitte unbedingt ausfüllen!)**

#### **Hinweis**

Die Antragsunterlagen werden der mitzuständigen Krankenkasse zur Bestätigung der Kostenübernahme für die medizinisch-therapeutischen Leistungen zugeleitet.

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 die **zuständigen Rehabilitationsträger (Krankenkasse, Sozialamt 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 Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Bremerhaven
- Überweisende Ärztin/überweisender Arzt bzw. Kinder- und Jugendärztin/Kinder- und Jugendarzt, bei der/dem das Kind in Betreuung/Behandlung ist (siehe Angabe oben)
- zuständige Interdisziplinäre Frühförderstelle

Name/Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Folgende Unterlagen sollen von der erteilten Schweigepflichtentbindung unberührt bleiben:

Bezeichnung der Unterlagen:

- Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die **Früherkennungsstelle** 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.

- Überweisende Ärztin/überweisender Arzt bzw. Kinder- und Jugendärztin/Kinder- und Jugendarzt, bei der/dem das Kind in Betreuung/Behandlung ist (siehe Angabe oben)

- Therapeut/Therapeutin der Interdisziplinären Frühförderstelle

Name/Bezeichnung:	Adresse:
-------------------	----------

- Klinik

Name/Bezeichnung:	Adresse:
-------------------	----------

- Sonstige, bitte benennen:

Name/Bezeichnung:	Adresse:
-------------------	----------

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

**Hinweis:** Die Einwilligungserklärungen sind freiwillig. Sie haben zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, Ihre gemachten Angaben und Einwilligungen ganz oder teilweise zu widerrufen.

- Ich bin/wir sind mit der Weitergabe des Untersuchungsergebnisses der Früherkennungsstelle und der darin enthaltenen Förderempfehlung an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Bremerhaven zur weiteren sozialpädiatrischen Begleitung (insbesondere bei Beantragung von weiteren Unterstützungsleistungen wie Assistenzleistungen nach dem SGB IX) einverstanden. Zu dieser weiteren sozialpädiatrischen Begleitung können zum Beispiel Hospitationen in Kindertageseinrichtungen sowie beratende Gespräche mit den Personensorgeberechtigten/Pflegeeltern gehören.

- Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass das Sozialamt Bremerhaven die für die Durchführung der Komplexleistung notwendigen Informationen (z.B. kindbezogene Daten, Untersuchungsergebnis der Früherkennungsstelle und der darin enthaltenen Förderempfehlung, Bewilligungszeitraum) an den Träger der Interdisziplinären Frühförderstelle weitergibt.

- Die Empfehlung der Früherkennungsstelle vom \_\_\_\_\_ ist beigefügt.

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