

# Landratsamt Amberg-Sulzbach

Landratsamt Amberg-Sulzbach  
Kreisjugendamt  
Schlossgraben 3  
92224 Amberg

## Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII

in Form von

- Legasthenietherapie  
 Dyskalkulietherapie  
 Schulbegleitung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

I. Daten des zu fördernden Kindes	
Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Wohnanschrift	
wie o. g. wohnhaft seit: T/M/J	. . .
Schule und Klasse	
Behandelnder Facharzt bzw. Diagnose durch:	
Schwerbehindertenausweis	ja / nein                      wenn ja,                      %
Körperliche / geistige Einschränkungen	
Kurze Begründung für die beantragte Hilfe:	

II. Geschwister		
Name	Vorname	Geburtsdatum

III. Daten der Eltern		
	der Mutter	des Vaters
Name, Geburtsname, Vorname		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand	seit:	seit:

Daten	der Mutter	des Vaters
Wohnanschrift		
wie o. g. wohnhaft seit: T/M/J	. . .	. . .
Telefon Festnetz		
Telefon Mobil		
Email-Adresse		
für das o. g. Kind <u>sorgeberechtigt</u> (bitte ggf. Nachweise beifügen, z. B. Urteile, Beschlüsse, Erklär.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf		
Arbeitgeber		
Anschrift des Arbeitgebers		

IV. Bestehende anderweitige Ansprüche		
	der Mutter	des Vaters
Besteht Anspruch auf Beihilfe	ja / nein	ja / nein
Wenn ja: Name und Anschrift der Beihilfestelle		
Das Kind ist krankenversichert mit seinem Vater / seiner Mutter bei der: ..... in .....		

**V. Erklärung**

Ich/Wir versichere/n, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und keine Angaben verschwiegen wurden.

Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache/n.

Mit der Weitergabe von Attesten und Gutachten an den Therapeuten / Krankenkasse / Jugendamt / Beihilfestelle bin ich/sind wir einverstanden.

Es besteht Einverständnis damit, dass es aufgrund der notwendigen Prüfung des Antrags durch das Kreisjugendamt zu einer Überschreitung der Frist des SGB IX (= 2 Wochen) bis zur Entscheidung kommen kann.

....., den .....

(Ort/Datum)

.....

(Unterschrift/en der Eltern bzw. des Sorgeberechtigten)

**Name:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche  
nach § 35 a SGB VIII**

**Einverständniserklärung**

Ich habe für mein Kind \_\_\_\_\_ (Name) beim Kreisjugendamt Amberg-Sulzbach Eingliederungshilfe beantragt und bin Inhaber der elterlichen Sorge.

Ich bin damit einverstanden, dass ärztliche Befunde usw. dem Kreisjugendamt für die Entscheidung über die beantragte Hilfe zur Verfügung gestellt werden.

Zugleich erkläre ich mich einverstanden, dass diese ärztlichen Befunde usw. im Vollzug des § 36 SGB VIII (multidisziplinäre Einschätzung) dem Psychologischen Dienst des Staatlichen Schulamts und der Erziehungsberatungsstelle Amberg für die Erstellung weiterer notwendiger Gutachten zur Verfügung gestellt werden.

Damit im Interesse meines zu behandelnden Kindes ein möglichst umfassender, enger und vertrauensvoller Austausch zwischen Klassleiter und Therapeuten stattfinden kann, bin ich außerdem damit einverstanden, dass Berichte des mit der Durchführung der Eingliederungshilfe beauftragten Therapeuten neben dem Staatlichen Schulamt und den begutachtenden Stellen auch dem jeweiligen Klassleiter meines Kindes zur Verfügung gestellt werden. Umgekehrt können auch dem Therapeuten Gutachten und Stellungnahmen zur umfassenden Information zur Verfügung gestellt werden.

Wohnort, Datum

Unterschriften der Erziehungsberechtigten

---