Anlage 6a zum Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern vom 19. Mai 2006 in der Fassung vom 1. Juli 2025

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 99, 102 und 113 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:	
Name, Vorname	
☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Geburtsdatum und -ort	
Straße	
Wohnort	
Seit wann am jetzigen Wohnort	
Staatsangehörigkeit	
Erhielt Ihr Kind in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe?	ja ☐ nein ☐ Falls ja, von welchem Träger der Eingliederungshilfe: Name: _____ Anschrift: _____
Welcher Kindergarten bzw. welche schulvorbereitende Einrichtung (SVE) wird zurzeit besucht?	

Familienverhältnisse	**Elternteil 1**	**Elternteil 2**
Name, Vorname		
Geburtsdatum und –ort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Telefonnummer (Angabe freiwillig)		
Email-Adresse (Angabe freiwillig)		
Personensorgeberechtigt	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
Falls nicht Elternteile personensorgeberechtigt, Personensorgeberechtigte/r:		

Pflegekind	ja ☐ nein ☐
Name der Pflegeeltern	
Anschrift	
Zuständiges Jugendamt	

Unterschriftsfassung

Angaben zur beantragten Hilfe
Welche Frühförderstelle führt die Förderung durch:
Ab wann wird die Hilfe beantragt?
Von wem wurden Sie an die Frühförderstelle vermittelt?
Wurde Ihr Kind bereits ambulant gefördert? ja ☐ nein ☐ Wenn ja, von wem?
Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen?

Anderweitige Ansprüche
Das Kind ist selbst ☐ mit Elternteil 1 ☐ mit Elternteil 2 ☐ krankenversichert privat ☐ gesetzlich ☐ bei der …….. Anschrift: ……
Die Behinderung/Teilhabeeinschränkung ist Folge - eines Unfalles ja ☐ nein ☐ - eines Impfschadens ja ☐ nein ☐ - schuldhaften Verhaltens Dritter ja ☐ nein ☐

Anlage:
- Förder- und Behandlungsplan ☐
- Pflegegutachten (soweit vorhanden) ☐
- Krankenhausentlassungsbericht (soweit vorhanden) ☐
- Ärztliches Gutachten über Schulrückstellung (soweit vorhanden) ☐
- Vollmacht zur **Antragstellung** ☐

Erklärung:

Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n).
Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, sämtliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse dem Eingliederungshilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

Mir/uns ist bekannt, dass der Förder- und Behandlungsplan zusammen mit den vorgelegten ärztlichen Gutachten ggf. zu einer zusätzlichen ärztlichen Prüfung weitergeleitet wird.
☐ Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis der/des zweiten Personensorgeberechtigten bestätigt.

Das Informationsblatt nach Art. 13, 14 EU-DSGVO lag dem Antrag bei.

…… ……

Unterschriftsfassung

Ort, Datum

Unterschrift(en) der Eltern bzw.
der Personensorgeberechtigten

Unterschriftsfassung