



Magistrat der Universitätsstadt Marburg
Fachdienst 50 | Soziale Leistungen
Friedrichstraße 36
35037 Marburg

**Antrag auf Übernahme der Kosten zur Durchführung
der Integration von Kindern in Tageseinrichtungen für Kinder
-Antrag Eltern / Sorgeberechtigte-**

Integration in der Kindertagesstätte Name/ Adresse der Einrichtung	
Besuch der Einrichtung ab	
Geplanter Beginn der Integration	

I. Angaben zum Kind

Vor- und Zuname		Geschlecht des Kindes männlich weiblich divers
Geburtsdatum/-ort		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Zugezogen von / am		
Derzeitiger Aufenthalt bei	Eltern Mutter Vater Pflegeeltern Verwandten Im Heim	
Staatsangehörigkeit		
Ausländerrechtlicher Status	Aufenthaltserlaubnis Aufenthaltsgestattung Duldung	
	Gültig bis _____ (Datum) (bitte Aufenthaltstitel in Kopie beifügen)	
Krankenkasse (Name und Anschrift)		KV-Nummer

II. Angaben zur Mutter

Vor- und Zuname			
Geburtsdatum/-ort			
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)			
Staatsangehörigkeit			
Ausländerrechtlicher Status	Aufenthaltsurlaubnis	Aufenthalts gestattet	Duldung
	Gültig bis _____ (Datum) (bitte Aufenthaltstitel in Kopie beifügen)		
Sorgeberechtigt	Ja	Nein	Telefon (Vorwahl / Nummer)

III. Angaben zum Vater

Vor- und Zuname			
Geburtsdatum/-ort			
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)			
Staatsangehörigkeit			
Ausländerrechtlicher Status	Aufenthaltsurlaubnis	Aufenthalts gestattet	Duldung
	Gültig bis _____ (Datum) (bitte Aufenthaltstitel in Kopie beifügen)		
Sorgeberechtigt	Ja	Nein	Telefon (Vorwahl / Nummer)

IV. Ggf. Angaben zu weiteren Personen bei denen sich das Kind aufhält
(Pflegeeltern, Verwandte etc.)

Vor- / Zuname(n) der Pflegeeltern, Verwandten etc.		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		Telefon (Vorwahl / Nummer)
Wo wohnte das Kind vor der Pflegefamilie?		

V. Ggf. Angaben zum gesetzlichen Vertreter (Sorgeberechtigter/Betreuer)
(ggf. Betreuerausweis beifügen)

Vor- und Zuname		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		Telefon (Vorwahl / Nummer)

VI. Unterlagen / Weitere Angaben zum Kind

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?	Ja		Nein		Bitte Ausweiskopie vorlegen.				Grad der Behinderung:
	ist beantragt								
	Vorhandene Merkzeichen:								
	G	aG	H	B	Bl	Gl	R		
Liegt ein Pflegegrad vor?	Ja		Nein		Bitte Einstufungsbescheid/MDK Gutachten vorlegen.				
	ist beantragt								
Unterstützung durch FD Soziale Dienste des Jugendamtes? Kontaktperson?	Ja		Nein						
	ist beantragt								
Wird eine Rente vom Versorgungsamt bezogen?	Ja		Nein		Bitte Rentenbescheid (Impfschädigung oder Opferentschädigungsgesetz) vorlegen.				
	ist beantragt								
Bestehen Ansprüche gegen eine Unfallversicherung?	Ja		Nein		Bitte entsprechende Unterlagen vorlegen.				
	ist beantragt								

VII. Bisherige / Geplante Fördermaßnahmen / Therapien

von	bis	Name und Anschrift der Einrichtung / Praxis (Frühförderstelle, Ergo- oder Physiotherapie, Logopädie etc.)

VIII. Beförderungskosten

Uns ist bekannt, dass laut Anlage 4 der Rahmenvereinbarung Integrationsplatz die Maßnahme im unmittelbaren Wohnumfeld stattfinden soll, um die Integration des Kindes zu fördern. Dabei entstehen keine gesonderten zu berechnenden Beförderungskosten.

Falls unser Kind auf unseren Wunsch hin nicht die nächstgelegene Tageseinrichtung mit geeignetem Integrationsplatz, sondern eine andere Einrichtung besucht, ist uns bewusst, dass wir in diesem Falle die Beförderungskosten selbst zu tragen haben.

IX. Zahlung des Entgelts/Anwesenheit

Uns ist bekannt, dass laut Rahmenvereinbarung die Zahlung des Entgeltes direkt an den Träger der Einrichtung erfolgt. Das Entgelt wird in voller Höhe gezahlt, wenn das Kind abzüglich krankheitsbedingter Fehltage nachweislich an mindestens 75 % der festgelegten Betreuungstage anwesend war.

X. Erklärung der/des gesetzlichen Vertreters/in für die/den Hilfesuchenden

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind (insbesondere **Wohnortwechsel, vorzeitige Beendigung der Teilhabeassistenz etc.**) **unverzüglich** und **unaufgefordert schriftlich** dem Fachdienst 50 / Soziale Leistungen des Magistrats der Universitätsstadt Marburg mitzuteilen.

Kommen wir / komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages bzw. zur Einstellung bereits gewährter Leistungen führen (§ 66 SGB I). Uns / mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist und zu Unrecht bezogene Leistungen zu erstatten sind.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch Teil I (§§ 60-67 SGB I) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die das unter I. genannte Kind behandeln oder behandelt haben oder denen es vorgestellt worden ist oder wird, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Fachdienst 50 / Soziale Leistungen des Magistrats der Universitätsstadt Marburg (auch von Dritten) vorgelegte medizinische Unterlagen, Entwicklungsberichte u. ä. dem Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf zur Verfügung stellen kann.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Bewilligung von Leistungen in einer Anlage zur automatischen Datenverarbeitung vom Fachdienst 50 / Soziale Leistungen des Magistrats der Universitätsstadt Marburg bzw. dem Fachbereich Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf gespeichert werden und dass der Träger der Einrichtung eine Information über die Bewilligung der Maßnahme sowie eine Mitteilung über die empfohlenen Maßnahmen erhält.

Das notwendige Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht füge ich diesem Antrag bei.

Hinweis: Dem Antrag sind aktuelle Diagnoseberichte, z. B. von einem Sozialpädiatrischen Zentrum bzw. einer anderen Klinik für Diagnostik, Krankenhausberichte, Facharztberichte etwa eines Facharztes für hör- und sehgeschädigte Kinder oder eines Facharztes für Kinder und Jugendpsychiatrie, Berichte von Therapeuten (z. B. Logopäden, Ergotherapeuten, Krankengymnasten) oder Frühberatungsstellen sowie das Ergebnis der Schuleingangsuntersuchung in Kopie beizufügen.

Sollte bisher noch keine diagnostische Abklärung hinsichtlich einer möglichen Entwicklungsverzögerung erfolgt sein, ist eine solche nachzuholen.

(Ort, Datum)

Unterschrift der gesetzlichen Vertretern (sorgeberechtigte Person oder Vormund)

Hinweise zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie entsprechender Vorschriften der Datenschutzgesetze der Länder. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Datenstelle der Rentenversicherung als Vermittlungsstelle (§ 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII) übermittelt.