

Absender:

Vorname / Name
Straße
PLZ / Wohnort
E-Mail

Ort, Datum
Festnetz
Mobil

An Kreisverwaltung / Stadtverwaltung
---

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich / wir beantrage/-n die Aufnahme meines / unseres Kindes

mit dem Förderbedarf  Hören  Sprache  CODA

Name / Vorname
Straße
PLZ / Wohnort
Geburtsdatum

in die Integrative Kindertagesstätte des Pfalzinstitutes für Hören und Kommunikation in Frankenthal ab

Datum
-------

Gleichzeitig beantrage/-n ich / wir die Aufnahme in das Internat:  ja  nein

Wir möchten, dass unser Kind am Sammeltransport zur Kita teilnimmt:  ja  nein

Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte sind:

Name / Vorname
Straße
PLZ / Wohnort

Name / Vorname
Straße
PLZ / Wohnort

**Erklärungen des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters:**

Soweit Gutachten und Entwicklungsberichte von Mitarbeitern der Einrichtung in der sich das Kind befindet, für den örtlichen Träger der Eingliederungshilfe erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie diesem gegenüber von den erwähnten Personen abgegeben werden dürfen. Dies gilt ebenso für die Berichte / personenbezogene Daten / Gutachten, die durch die Kostenträger oder von sonstigen Personen angefordert werden, nämlich:

a) der Amtsärztin / dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes, das um Untersuchung gebeten worden ist.

b) \_\_\_\_\_

Bei Ärztinnen / Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnose und Feststellung von Umfang / Auswirkung des Leidens bzw. der Behinderung. Der Träger der Eingliederungshilfe ist auch zur Weitergabe dieser Daten und von den Hilfesuchenden selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben – z. B. nach dem SGB IX / SGB VIII – befugt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

b. w.

**Erklärung zum Sozialhilfeantrag vom \_\_\_\_\_**

Kind:

Name / Vorname
----------------

Nach § 91 SGB IX (Nachrang der Eingliederungshilfe) erhält Eingliederungshilfe nicht, wer die erforderliche Hilfe von anderen, insbesondere von Trägern anderer Sozialleistungen erhält. Der Träger der Sozialhilfe muss deshalb Ansprüche gegen Drittverpflichtete auf sich überleiten. Zur Prüfung, ob solche Ansprüche bestehen, sind folgende Angaben erforderlich:

1. Ist oder war ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt?

Nein     Ja, bei \_\_\_\_\_

2. Ist die Behinderung ursächlich auf ein entschädigungspflichtiges Ereignis zurückzuführen oder bestehen sonstige Ansprüche?

Nein                       Ja, es handelt sich um einen  
 Unfall  
 Verkehrsunfall  
 Impfschaden  
 sonstige (z. B. BVG-Anspruch)

3. Liegt eine Pflegestufe vor

Nein                       Ja    GdB \_\_\_\_\_, Merkzeichen \_\_\_\_\_

Name der Pflegekasse \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigten

M. Walther, Kitaleiterin, wurde über die geplante Kita-Aufnahme persönlich informiert  
am \_\_\_\_\_ .

Der Antrag auf Kindergartenaufnahme des Kindes \_\_\_\_\_ wurde den Eltern  
am \_\_\_\_\_ über die Mitarbeiterin des PIH \_\_\_\_\_ ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Elternteil

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Mitarbeiterin PIH