

## Antrag auf Bewilligung einer Teilhabeassistenz in Schulen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) Teil 2

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

### Antrag der Eltern / gesetzliche Vertretung

Angaben zum Schulbesuch		
Name der Schule		
Schuljahr und Klasse		
zeitlicher Umfang der Assistenz	_____ Stunden	_____ Minuten
Anbieter der Teilhabeassistenz		

Persönliche Angaben									
	Antragstellende Person (Kind)			Elternteil/ gesetzl. Vertretung			Elternteil/ gesetzl. Vertretung		
	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> d
Vorname									
Nachname									
Geburtsname									
Geburtsdatum									
Geburtsort									
sorgeberechtigt				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Familienstand									
Steuerliche Identifikations-Nr. (der antragstellenden Person)									(11-stellig)
	Die elfstellige steuerliche Identifikationsnummer, die Ihnen schriftlich vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt wurde, ist personenbezogen und gilt ein Leben lang. Sie ist nicht zu verwechseln mit der Steuernummer beim jeweiligen Finanzamt oder der eTIN, die in der Lohnsteuerbescheinigung angegeben wird.								
Straße, Hausnr.									
PLZ, Ort									
zugezogen – von / wann?									
Telefonnummer									
E-Mail-Adresse									

Staatsangehörigkeit	<b>Bitte in Kopie beifügen:</b> <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung gültig bis:	<b>Bitte in Kopie beifügen:</b> <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung gültig bis:	<b>Bitte in Kopie beifügen:</b> <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung gültig bis:
in Deutschland seit			
Krankenversicherung u. -nummer			

Besteht eine	Rechtliche Betreuung/ Vormundschaft?		Pflegschaft?		Unterstützung durch sozial. Dienst / Jugendamt?	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Für folgende Bereiche – bitte Nachweis (Ausweis, Urkunde) vorlegen						
Name und Anschrift / Ansprechpartner*in						
Telefon						
E-Mail-Adresse						

Angaben zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen							
<b>Schwerbehindertenausweis</b>	<input type="checkbox"/> liegt vor - bitte Ausweiskopie vorlegen				<input type="checkbox"/> liegt nicht vor		
Vorhandene Merkzeichen	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> R
Grad der Behinderung					Seit wann:		
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> liegt vor - Bitte Kopie des aktuellen vollständigen MDK-Gutachtens vorlegen				<input type="checkbox"/> liegt nicht vor		
	Pflegegrad:						
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
<b>Diagnose</b> (Bitte aktuelle ärztliche Berichte in Kopie vorlegen)							
<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung							
<input type="checkbox"/> geistige Behinderung							
<input type="checkbox"/> seelische Behinderung							
<b>Bestehen Ansprüche gegen</b>	Bitte entsprechende Unterlagen vorlegen						
- eine Unfallversicherung,	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein			
- wegen eines Impfschadens	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein			
- andere schadenersatzpflichtige Handlungen?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein			

**Bisher erhaltene Eingliederungshilfen / Therapien / Förderungen / weitere Leistungen**

Zeitraum	Name und Anschrift der Einrichtung / Praxis (z. B. Frühförderstelle, Ergo- oder Physiotherapie, Logopädie, Integrationsplatz in einer Kindertagesstätte, familienentlastender Dienst, Assistenzleistungen, etc.)	Kostenträger

**Angaben zu Kindergarten- und Schulbesuch**

**Kindergarten und Vorklasse**

Besuch einer Kindertageseinrichtung	von	bis
Name und Anschrift der Einrichtung		
Besuch einer Vorklasse	von	bis
Angaben zur Vorklasse		

**Schule**

**Unterrichtszeiten – bitte Stundenplan und Schulbescheinigung für das beantragte Schuljahr vorlegen**

Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Schulweg	<input type="checkbox"/> Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> zu Fuß
	<input type="checkbox"/> Fahrdienst der Schule	
	<input type="checkbox"/> Beantragung einer Schulwegbegleitung	

**Medizinische Notwendigkeiten**

Liegen Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege / Behandlungspflege (ggfs. nach § 37c SGB V – Außerklinische Intensivpflege) vor?

Wenn ja, wofür?

Müssen Notfallmedikamente gegeben werden?

Welche und unter welchen Umständen?

Benötigt Ihr Kind Unterstützung / Hilfsmittel beim Sehen und / oder Hören?

Wenn ja, welche?

<b>Benötigt Ihr Kind Unterstützung bei der Verständigung / Kommunikation?</b>
Wenn ja, in welcher Form?
<b>Benötigt Ihr Kind Unterstützung im Bereich der emotional-sozialen Entwicklung (Umgang mit Emotionen / Konfliktverhalten)?</b>
Wenn ja, in welcher Form?
<b>Benötigt Ihr Kind Unterstützung bei der Mobilität (Beweglichkeit / Fortbewegung)?</b>
Wenn ja, in welcher Form und wie häufig?

<b>Benötigt Ihr Kind Unterstützung bei alltagspraktischen Tätigkeiten (z. B. An- und Auskleiden, Ernährung)?</b>
Wenn ja, in welcher Form?
<b>Begründung des Antrags</b>
Bitte erläutern Sie den Unterstützungsbedarf des Kindes. In welchen Bereichen in der Schule benötigt Ihr Kind Unterstützung?
<b>Welche Unterstützung bekommt Ihr Kind bereits? Welche Unterstützung wünschen Sie sich für Ihr Kind?</b>

<b>Weitere benötigte Unterlagen, wenn vorhanden:</b>	
• Diagnoseberichte, z. B. eines sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) oder einer anderen Klinik	• Berichte von Therapeut*innen (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, etc.)
• Facharztberichte z. B. eines Facharztes für hör- und sehgeschädigte Kinder, für Kinder- und Jugendpsychiatrie etc.	• Ergebnis der Schuleingangsuntersuchung
• Krankenhausberichte	• Merkblatt (Anlage I)
• Bericht der Schule zur Beantragung einer Teilhabeassistenz und Schulbescheinigung	• Schweigepflichtentbindung (Anlage II)
• Berichte von Frühberatungsstellen	• Zustimmung zum Gesamtplanverfahren (Anlage III)

Sollte bisher keine diagnostische Abklärung hinsichtlich einer möglichen geistigen/seelischen/körperlichen Beeinträchtigung erfolgt sein, ist eine solche nachzuholen.
--

## Hinweise und Schlusserklärungen

### Aushändigung des Merkblatts

Das Merkblatt über die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 67 SGB I wurde mir ausgehändigt und ich habe es zur Kenntnis genommen.  Ja  Nein

### Hinweis 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.

### Erklärung des/der Antragsteller\*in, der gesetzlichen Vertretung / aller Sorgeberechtigten

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderung, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere Wohnortwechsel, vorzeitige Beendigung der Maßnahme etc. – unverzüglich und unaufgefordert schriftlich dem Fachbereich 4 Soziales und Wohnen, Fachdienst Soziale Leistungen des Magistrat der Universitätsstadt Marburg mitzuteilen.

### Unterschrift

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der nachfragenden Person

\_\_\_\_\_

Ggf. Unterschrift gesetzl. Vertretung/ Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_

# **Anlage I - Merkblatt über die Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung nach dem Ersten Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) - Allgemeiner Teil -**

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

## **§ 60 Angabe von Tatsachen**

- (1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat
1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
  2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
  3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

- (2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

## **§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung**

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

## Anlage II

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

### Entbindung von der Schweigepflicht

**Betreffend:**  das Kind / den Jugendlichen  mich selbst

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin / Wir sind	Ich bin
<input type="checkbox"/> allein sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> gemeinsam sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Ergänzungspfleger/Vormund	<input type="checkbox"/> selbst Antragsteller*in (z.B. Erwachsene, junge Volljährige oder Jugendliche)

Hiermit entbinde(n) ich/wir die fallzuständigen Mitarbeiter\*innen des Fachdienstes Soziales und Widerspruchsstelle (Fachbereich Familie, Jugend und Soziales) sowie die fallzuständigen Ärzt\*innen des Fachdienstes Prävention und Beratung (Fachbereich Gesundheitsamt) sowie ggf. die entsprechenden Vertretungen im Fall von Abwesenheit (z.B. Urlaub, Krankheit etc.) gegenüber

	Institution / Einrichtung	Name, Adresse
<input type="checkbox"/>	Frühförderung	
<input type="checkbox"/>	Kindertagesstätte	
<input type="checkbox"/>	Schule (Lehrkraft)	
<input type="checkbox"/>	Beratungs- und Förderzentrum (BFZ) regionales BFZ / überregionales BFZ	
<input type="checkbox"/>	Jugendamt (Allg. Sozialer Dienst - ASD)	
<input type="checkbox"/>	Therapeutische Praxen (z. B. Logo-, Ergo-, Physio-, Psychotherapie)	
<input type="checkbox"/>	Träger Assistenzleistung (Teilhabeassistenz - THA)	
<input type="checkbox"/>	Träger Wohnformen über Tag und Nacht	
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie / oder Kinder- und Jugendpsychiater*innen	
<input type="checkbox"/>	Kliniken / Spezial Ambulanzen Spezialpädiatrische Zentren (SPZ)	
<input type="checkbox"/>	Haus-, Kinder- und Fachärzt*innen	
<input type="checkbox"/>	Krankenkasse / KV-Nr.	

wechselseitig im Verhältnis zueinander von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt bis \_\_\_\_\_ und dient folgendem Zweck:

Ich wurde ausführlich über die gesetzliche Schweigepflicht, den Sinn und Zweck dieser freiwilligen Erklärung sowie über mögliche Folgen einer Verweigerung unterrichtet. Mir ist bekannt, dass ich die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit gegenüber dem Empfänger dieser Erklärung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Unterschrift aller Personensorgeberechtigten, gesetzliche Vertreter\*innen/Vormünder, Volljährige (ab 18 Jahre) oder Jugendliche (ab 16 Jahre)**

1. Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

2. Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_



## Anlage III

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

### Zustimmung zum Gesamtplanverfahren

zum Antrag von

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

vom ..... (Datum)

auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), §§ 112 i.V.m. 75 SGB IX (Teilhabeassistenz), bin ich zur Feststellung der Leistungen der Eingliederungshilfe mit der Durchführung von Gesamtplanverfahren nach § 117 SGB IX einverstanden.

(zutreffendes bitte ankreuzen):     ja             nein

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass im Rahmen des Gesamtplanverfahrens Gesamtplankonferenzen nach § 117 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX durchgeführt werden können.

(zutreffendes bitte ankreuzen):     ja             nein

Wir weisen darauf hin, dass gem. § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) Ihr Antrag ganz oder teilweise abgelehnt werden kann, sofern durch die fehlende Mitwirkung die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird.

Sie haben zudem – wie im gesamten Verfahren – jederzeit die Möglichkeit, Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) zu konsultieren. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).

### Unterschrift

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der nachfragenden Person

\_\_\_\_\_

Ggf. Unterschrift gesetzl. Vertretung/Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_