

Alle weiteren Personen in der Haushaltsgemeinschaft						
Nr	Familienname, Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum und -ort	Familienstand - ggf. seit wann - und Stellung zum Haushaltsvorstand	Staatsangehörigkeit	bei nicht deutscher Staatsangehörigkeit: Aufenthaltsrechtlicher Status
1						
2						
3						
4						

Art der beantragten Hilfe
<input type="checkbox"/> Autismustherapie (bitte pädagogische Berichte - soweit vorhanden - beifügen)
<input type="checkbox"/> Freizeitassistenz (bitte Wochenplan mit Schulzeiten, ggf. Therapien und Freizeitgestaltung beifügen)
<input type="checkbox"/> Mobilitätsbeihilfe
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel (bitte ärztl. Verordnung beifügen)
<input type="checkbox"/> Sonstige:
Antragsbegründung, Zweck der beantragten Hilfe

Bestimmte Leistungen nach dem SGB IX sind abhängig vom Einkommen und Vermögen des Kindes oder der Eltern des Kindes. Ggfs. werde(n) ich/wir nach Antragsingang noch einmal angeschrieben, um weitere Unterlagen vorzulegen.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I - SGB I -). Ich versichere/Wir versichern, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann/können (§ 263 Strafgesetzbuch - StGB -) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss/müssen. Ich bin/Wir sind verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z. B. Krankenhausaufenthalte -), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich/sind wir belehrt worden (§ 66 SGB I). Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.

Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. Belehrungen zum Datenschutz gemäß Datenschutzgrundverordnung zur Kenntnis genommen habe.

gesetzliche/r Vertreter/in des hilfesuchenden Kindes Unterschrift: _____	Aufgenommen durch:
---	--------------------