

**Landkreis Wesermarsch**  
**Der Landrat**  
**Fachdienst 50 - Soziales**  
 Poggenburger Str. 15, 26919 Brake

Aktenzeichen: 50/7004.1. \_\_\_\_\_

# Antrag auf Gewährung von Sozialleistungen

- Erstantrag**  
 **Weiterbewilligungsantrag** (bitte Aktenzeichen angeben!)

Hiermit beantrage/n ich/wir

- Frühförderung als Komplexleistung**  
**ODER**  
 **heilpädagogische Frühförderung**

Die geforderten Angaben sind zur Bearbeitung des Antrages erforderlich. Gemäß §§ 60 ff. SGB I sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Sozialhilfe erforderlich sind. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer automatischen Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet (§ 9 Abs. 1 BDSG).

Hilfesuchende Person (Kind)	
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Geburtsort
Wohnort	
Straße und Hausnummer	
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	
ggf. <b>aufenthaltsrechtlicher Status:</b>	
Duldung <input type="checkbox"/>	gültig bis: _____
Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/>	gültig bis: _____
Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/>	gültig bis: _____
<b>Krankenversichert bei:</b> ( <u>Name u. Anschrift</u> der Krankenkasse)	<b>Über wen?</b>
Mutter / Pflegemutter	
Name, Vorname	
Geburtsdatum / Ort	Staatsangehörigkeit
Anschrift	
Telefonnummer	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Vater / Pflegevater	
Name, Vorname	
Geburtsdatum / Ort	Staatsangehörigkeit
Anschrift	
Telefonnummer	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Bestehen <b>Beihilfeansprüche</b> gemäß der Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja zuständige <b>Beihilfestelle</b> ist:	

**Sonstige Personen, mit denen die hilfesuchende Person noch in Haushaltsgemeinschaft lebt**

Name, Vorname				
Geburtsdatum / Ort				
Verwandtschafts- verhältnis zum Hilfesuchenden				

**Behandelnde Ärztin / Behandelnder Arzt**

Name und Anschrift

**Grad der Behinderung**
 Hilfesuchende Person GdB \_\_\_\_\_ % festgestellt Versorgungsamt

 Sonstige im Haushalt lebende Personen (Name \_\_\_\_\_ )

GdB \_\_\_\_\_ % festgestellt Versorgungsamt \_\_\_\_\_ .

**Sonstige Verhältnisse / Ansprüche gegen Dritte – bitte ankreuzen!**
 1. Ist die Behinderung eingetreten aufgrund eines  
- Unfalls?

- 
- Nein
- 
- 
- Ja (bitte weitere Angaben)

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Gewaltverbrechens?

- 
- Nein
- 
- 
- Ja (bitte weitere Angaben)

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Impfschadens?

- 
- Nein
- 
- 
- Ja (bitte weitere Angaben)

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- andere Ursachen

- 
- Nein
- 
- 
- Ja (bitte weitere Angaben)

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 2. Bestehen wegen der Behinderung  
Schadensersatzansprüche?  
(z. B. wenn die Behinderung aufgrund eines Unfalles  
oder Impfschadens eingetreten ist)

- 
- Nein
- 
- 
- Ja (gegen wen? Name, Anschrift)

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 3. Bestehen Ansprüche nach dem  
Bundesversorgungsgesetz (BVG)?

- 
- keine weiteren Ansprüche

- 
- Ansprüche auf Kriegsoferfürsorge
- 
- 
- als Familienangehörige/r
- 
- 
- als Waive

