

# STADT OER-ERKENSCHWICK



Der Bürgermeister

Rathaus  
Rathausplatz 1, 45739 Oer-Erkenschwick  
Internet: [www.Oer-Erkenschwick.de](http://www.Oer-Erkenschwick.de)

#### Sprechzeiten:

Montag - Dienstag  
8:30 Uhr – 09:30 Uhr  
Donnerstag  
15:00 Uhr – 16:00 Uhr

An  
Stadtverwaltung  
Jugendamt – Sozialpädagogische Dienste  
-Eingliederungshilfe-  
Rathausplatz 1  
45739 Oer-Erkenschwick

**Nachweis über  
Sorgerecht beilegen!**  
(außer bei verheirateten  
Kindeseltern)

Bitte nur mit ärztlicher Stellungnahme nach § 35a SGB VIII einreichen

## Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für seelische behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35 a SGB VIII

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lese- und Rechtschreib-Therapie | <input type="checkbox"/> Dyskalkulie-Therapie |
| <input type="checkbox"/> Sozialkompetenz-Training        | <input type="checkbox"/> Schulbegleitung      |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Unterbringung        | <input type="checkbox"/> Folgeantrag          |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____                |   |

### Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes/ jungen Erwachsenen		Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort , ggf. Rufnummer		Staatsangehörigkeit	
Das Kind/ junger Erw. besucht derzeit die Klasse		Name und Anschrift der Schule	
Krankenversichert durch <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige:		Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse		Versicherungsnummer der Krankenkasse	

### Angaben zum Sorgerecht

Inhaber der Personensorge (Nachweis über Sorgerecht beilegen, außer bei verheirateten Kindeseltern ) <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Bei Kindern nicht verheirateter Eltern: Vaterschaft <input type="checkbox"/> ist nicht festgestellt <input type="checkbox"/> ist festgestellt	

### Angaben zu den Eltern

Name, Vorname des <b>Vaters</b>	Name, Vorname der <b>Mutter</b>
---------------------------------	---------------------------------

### Konten der Stadtkasse Oer-Erkenschwick

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 78 OER 00000205175  
Sparkasse Vest Recklinghausen: IBAN: DE 96 4265 0150 0080 0012 09 BIC: WELADED1REK  
Volksbank eG Oer-Erkenschwick: IBAN: DE 27 4416 0014 0020 0070 00 BIC: GENODEM1DOR

Adresse	Adresse
Telefon Handy	Telefon Handy
Beruf und Arbeitgeber	Beruf und Arbeitgeber

**UNBEDINGT AUSZUFÜLLEN:**

**Warum benötigen Sie/ Ihr Kind die oben beantragte Hilfe?:**

---

---

---

---

---

**Fachliche Stellungnahme der Schule:**  liegt vor  folgt

**Fachärztliche\* Stellungnahme:**  liegt vor  folgt  
(nicht älter als ein Jahr)

**Augenärztlicher Untersuchungsbefund:**  liegt vor  folgt  
(nicht älter als ein Jahr)

**Hörtest:**  liegt vor  folgt  
(nicht älter als ein Jahr)

**Aktuelles Zeugnis:**  liegt vor  folgt

*\*(Nur zulässig: \_Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapeut, Arzt oder psychologischer Psychotherapeut, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt)*

**Erklärung:**

Die Angaben dieses Antrages sind vollständig und richtig. Diesbezügliche Änderungen werde/n ich/wir dem Jugendamt der Stadt Oer-Erkenschwick unverzüglich mitteilen.

Ich/wir sind bereit, die Durchführung der beantragten Maßnahmen zu fördern und während der Hilfedauer aktiv mit dem Jugendamt und sonstigen beteiligten Stellen zusammenzuarbeiten.

Ich/wir sind damit einverstanden, dass personenbezogene Daten, die zur Durchführung der Hilfe notwendig sind, an die beteiligten Stellen weitergegeben werden.

Hiermit erkläre ich mich/wir uns einverstanden, Ärzte, Psychologen, Lehrer und die Schulaufsichtsbehörde gegenüber dem Jugendamt für die Dauer der Hilfestellung von der Schweigepflicht zu entbinden.

Oer-Erkenschwick, den

---

Unterschrift Jugendlicher

---

Unterschrift der Mutter

---

Unterschrift des Vaters

---

Unterschrift des gesetzl. Vertreters