

Name, Vorname

Telefon-Nummer (freiwillige Angabe)

Straße, Hausnummer

Datum

PLZ, Wohnort

Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen,  
Integration und Sport  
Steuerungsstelle Frühförderung  
Bahnhofsplatz 29  
28195 Bremen

## Antrag auf persönliche Hilfe gemäß §§ 53, 54 SGB XII, § 76 SGB IX in einer Kindertageseinrichtung

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

 Erstantrag Weiterbewilligungsantrag

Hiermit beantrage(n) ich/wir für

 mein/unser Kind mein/unser Pflegekind

Vor- und Nachname des Kindes

Geburtsdatum

wohnhaf mit erstem Wohnsitz in

Name der Kindertageseinrichtung

die Gewährung einer persönlichen Hilfe in der vorgenannten Einrichtung.

### Für die Entscheidung über den Antrag ist beizufügen:

Eine Stellungnahme der Kita-Leitung zur Begründung.

### Soweit vorhanden:

Eine ärztliche Stellungnahme bzw. ärztliche Befunde zur Begründung.

### Einwilligungserklärungen

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Bremen das von ihm erstellte Gutachten zum Antrag auf persönliche Hilfe der Steuerungsstelle Frühförderung bei der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport (zuständiger Rehabilitationsträger) für deren Entscheidung über die Gewährung der persönlichen Hilfe zuleitet.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Bremen die Umsetzung der persönlichen Hilfe kontinuierlich begleitet (ggf. Anlass bezogene Untersuchungen, Hospitationen in den Kindertageseinrichtungen sowie beratende Gespräche mit den Eltern bzw. Personensorgeberechtigten) und notwendige Informationen über mögliche Änderungen an den zuständigen Rehabilitationsträger weitergibt.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass der zuständige Rehabilitationsträger die für den Einsatz einer persönlichen Hilfe notwendigen Informationen (z.B. Kind bezogene Daten, Entscheidung über die Gewährung der persönlichen Hilfe in Form eines Bescheides, Bewilligungszeitraum) an den Träger der Kindertageseinrichtung weitergibt.

**Die vorstehenden Einwilligungen sind freiwillig. Verweigern Sie diese, kann der Antrag ggf. abgelehnt werden. Sie haben zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, Ihre gemachten Angaben und Einwilligungen zu widerrufen.**

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns, sämtliche Änderungen, die Auswirkungen auf den Leistungsanspruch haben, dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich mitzuteilen.

Datum

Unterschrift(en) der Personensorgeberechtigten/ Pflegeeltern