

## Datenblatt Bedarf

→ Der Vordruck „Datenblatt Bedarf (B.4)“ ist eine Ergänzung zum Vordruck „Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe (B.3)“.

### Antragstellende Person

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

### 1. Selbsteinschätzung

Welche Umstände und Tatsachen machen nach Ihrer Auffassung eine Leistungsgewährung der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII oder nach dem SGB IX erforderlich?

---

---

---

### 2. Diagnose/ Therapien/ Fachärztliche Anbindung/ etc.

Art der Behinderung:

<input type="checkbox"/> geistig (Mehrfachnennung möglich)	<input type="checkbox"/> seelisch	<input type="checkbox"/> körperlich	<input type="checkbox"/> sinnesbeeinträchtigt
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
festgestellt durch:			
festgestellt am:			

Ursache der Behinderung:

<input type="checkbox"/> durch Geburt	<input type="checkbox"/> seit Geburt	<input type="checkbox"/> durch Unfall	<input type="checkbox"/> Impfschaden	<input type="checkbox"/> durch Dritte
<input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe:				

Vorhandene Nachweise:

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?		
<input type="checkbox"/> ja	Grad d. Behinderung von:	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wurde beantragt am:	

Gibt es aktuell eine fachärztliche Anbindung?	<input type="checkbox"/> ja	seit:	<input type="checkbox"/> nein
Name d. Facharztpraxis:			
Nächster Termin:			
Anlass d. Termins:			
Liegt eine fachärztliche Stellungnahme vor?	<input type="checkbox"/> ja	vom:	<input type="checkbox"/> nein

**Hinweis fachärztliche Stellungnahme gemäß § 35a SGB VIII:**

Eine fachärztliche Stellungnahme kann akzeptiert werden von:

1. einer/eines Ärzt\*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. einer/eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in, einer/eines Psychotherapeut\*in mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder
3. einer/eines Ärzt\*in oder einer/eines psychologischen Psychotherapeut\*in, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen.

Liegen sonstige medizinische Unterlagen vor?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende Unterlagen liegen vor:	

Gab es Klinikaufenthalte/ Therapien?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Folgende:	
von:	bis:	Name d. Klinik/ Praxis:

### 3. Werdegang/ Lebenslauf

#### Kindertagesstätte/ Schule:

von:	bis:	Name:

#### Ausbildung/ Beruf:

von:	bis:	Name:

#### Wichtige Ereignisse:

Schilderung von wichtigen Ereignissen (mit Jahreszahlen) (z. B. Tod naher Angehöriger, Trennung von Eltern/ Partner*innen, Unfälle, Fluchterfahrungen)

#### 4. Angaben zu Eltern

Nur auszufüllen bei antragstellenden Personen im Alter von 18- 27 Jahren.

Mutter verstorben?	<input type="checkbox"/> ja	seit:	<input type="checkbox"/> nein
Vater verstorben?	<input type="checkbox"/> ja	seit:	<input type="checkbox"/> nein
Vater unbekannt?	<input type="checkbox"/> ja	seit:	<input type="checkbox"/> nein

	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
Name:		
Vorname:		
Straße, Nr.:		
PLZ, Ort:		
Telefon:		
E-Mail:		