

# Antrag auf Gewährung von Jugendhilfe nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (Sozialgesetzbuch - Achtes Buch, SGB VIII)

Landratsamt Cham  
Amt für Jugend und Familie  
Rachelstraße 6  
93413 Cham

Telefon 09971/78-315      Telefax 09971/845-315      amtjugfam@lra.landkreis-cham.de

## in Form von

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Förderung der Erziehung in der Familie</b><br>durch Unterstützung bei der Ausübung des Umgangsrechts (§ 18)  | <input type="checkbox"/> <b>Hilfe für junge Volljährige (§ 41)</b><br><input type="checkbox"/> in sozialer Gruppenarbeit (§ 29)<br><input type="checkbox"/> als Erziehungsbeistand / Betreuungshelfer (§ 30)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Hilfe zur Erziehung (§ 27)</b><br><input type="checkbox"/> in sozialer Gruppenarbeit (§ 29)<br><input type="checkbox"/> als Erziehungsbeistand / Betreuungshelfer (§ 30)<br><input type="checkbox"/> in sozialpädagogischer Familienhilfe (§ 31) | <input type="checkbox"/> <b>Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte (§ 35 a Abs. 2)</b><br><input type="checkbox"/> in ambulanter Form (Nr. 1)<br><input type="checkbox"/> Legasthenie-/Dyskalkulietherapie<br><input type="checkbox"/> Schulbegleitung |

## für

Name, Vorname(n)	Schule, Klasse	Geburtsdatum
Name, Vorname(n)	Schule, Klasse	Geburtsdatum
Name, Vorname(n)	Schule, Klasse	Geburtsdatum

## Antragsteller(in)

Name:		Vorname:	
Straße, Hausnummer:		PLZ:	Ort:
E-Mail:	Telefon:	Telefax:	

Persönliche Verhältnisse	Kind(er) / Jugendliche(r) / Volljährige(r)	Vater (auch wenn verstorben)	Mutter (auch wenn verstorben)
Name, Vorname			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Telefon			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
Familienstand, seit			
Konfession			
Krankenversicherung bei	Name des Versicherten		Kasse

Sorgeberechtigt	Name(n) des/der Sorgeberechtigten		
Nachweise vorgelegt am: (Kopie als Anlage)	Geburtsurkunde	Urteil/Sorgerecht	Negativtest
Stand der Ausbildung			Ausbildungsziel

### Form der Jugendhilfe

Art und Ort
-------------

Grund, ggf. gerichtliches Urteil (Datum, Aktenzeichen)
--

#### Wir haben / hatten Zusammenarbeit mit der:

	gegenwärtig	in der Vergangenheit	Ansprechpartner:
Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> von _____ bis _____	_____
Erziehungsberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> von _____ bis _____	_____
Frühförderstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> von _____ bis _____	_____
<u>Sonstige:</u>			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> von _____ bis _____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> von _____ bis _____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> von _____ bis _____	_____

Ich bin/Wir sind über die Möglichkeiten, Art und Umfang der Hilfe beraten und auf die möglichen Folgen für die Entwicklung des jungen Menschen hingewiesen worden.

Mir/Uns ist bekannt, dass erzieherische Hilfe nur dann wirksam geleistet werden kann, wenn ich/wir und das Amt für Jugend und Familie Cham während der gesamten Dauer der Hilfe eng und vertrauensvoll zusammenarbeiten.  
Meine/Unsere Bereitschaft hierzu wird ausdrücklich versichert.

Ich bin/Wir sind informiert worden, dass im erforderlichen Umfang die personenbezogenen Daten vom Amt für Jugend und Familie Cham gespeichert und an die bei der Durchführung der Hilfe Beteiligten weitergegeben werden.

Ich versichere/Wir versichern, dass ich/wir die Auskünfte (auch in den Anlagen zu diesem Antrag) nach bestem Wissen erteilen werde(n). Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, dem Amt für Jugend und Familie Cham jede Veränderung der Anschrift sowie in meinen/unseren Familienverhältnissen während des Hilfebezuges unverzüglich unaufgefordert mitzuteilen.

Mir/Uns ist bekannt, dass mir/uns bei der Unterlassung dieser Mitteilung oder bei wissentlich falschen oder unvollständigen Angaben die Jugendhilfeleistungen unter Umständen versagt bzw. rückgefordert werden.

Ich bin/Wir sind bereit, an der Aufstellung des Hilfeplans und der Durchführung der Hilfe mitzuwirken.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller/in \_\_\_\_\_

Antrag aufgenommen     Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Sachbearbeiter/in \_\_\_\_\_

#### Falls Sie noch Fragen haben:

**Telefon-Nr.**  
09971/78-315

**Telefax-Nr.**  
09971/845-315

**Sprechzeiten:**  
Mo. - Do.:  
Fr.:

8.00 - 16.00 Uhr  
8.00 - 12.00 Uhr

(Name, Vorname)
(Straße, Hausnummer)
(PLZ, Ort)

Landratsamt Cham  
 Amt für Jugend und Familie  
 Rachelstraße 6  
 93413 Cham

### Schweigepflichtsentbindung

Wir/Ich entbinde/n die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Amtes für Jugend und Familie Cham und die im Folgenden genannten Personen/Institutionen wechselseitig von Ihrer Schweigepflicht:

- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_

Der Informationsaustausch kann mündlich und/oder schriftlich erfolgen und betrifft folgende Personen:

	geb.	
	geb.	
	geb.	

Sollte/n wir/ich mit der Weitergabe von Informationen im Laufe der Betreuung nicht mehr einverstanden sein, können wir/kann ich diese Entbindung jederzeit schriftlich zurücknehmen.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter/  
 des sorgeberechtigten Vaters