

Datum \_\_\_\_\_

Landeshauptstadt Potsdam  
Bereich Gesundheitssoziale Dienste und Senioren  
AG Eingliederungshilfe für Kinder und  
Jugendliche mit Behinderung  
Friedrich-Ebert-Str. 79/81  
14469 Potsdam

## **Antrag auf Weitergewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) und Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII)**

Name des Kindes/Jugendlichen \_\_\_\_\_

Bisher bewilligte Leistung der Eingliederungshilfe \_\_\_\_\_

Begründung des Antrages zur Weitergewährung:

### **Gegebenenfalls ärztliche Stellungnahme:**

- ist diesem Antrag beigelegt.  
 wird bis zum \_\_\_\_\_ nachgereicht.

### **Mitwirkungspflicht**

Gemäß § 60 SGB I sind alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und alle Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, dem Sozialhilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der Sorgeberechtigten (Eltern)  
ggf. des gesetzlichen Betreuers (Amtsvormund)