

Antrag auf Übernahme von Kosten im Rahmen der Eingliederungshilfe gem. § 35 a SGB VIII für eine Legasthenie-/Dyskalkulie-Therapie

	des hilfsbedürftigen Kindes	der Mutter	des Vaters
Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
in Deutschland seit			
Familienstand	<input type="radio"/> nicht ehelich <input type="radio"/> ehelich	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> getrennt lebend	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> getrennt lebend
Inhaber der elterlichen Sorge		<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> beide
Geschwister / geb.		<input type="radio"/> Vater	
PLZ, Wohnort			
Straße, Haus-Nr.			
Telefon			
Beruf			
Arbeitgeber			
Krankenkasse			
Behinderungen (welcher Art?)	<input type="radio"/> ja % <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja % <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja % <input type="radio"/> nein
Schule			
Klasse			

Erklärung:

Ich/Wir versicher(e)n, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und keine Angaben verschwiegen werden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n).

Mit der Weitergabe von Antragsunterlagen (u. a. Atteste und Gutachten) an den Schulpsychologen bin ich/sind wir einverstanden.

Mit der Weitergabe von Attesten und Gutachten an die Krankenkasse/Beihilfestelle bin ich/sind wir einverstanden.

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns hiermit einverstanden, dass die Schule Informationen über meine/unsere Tochter, bzw. meinen/unseren Sohn an das Amt für Jugend und Familie Freising weitergibt, die im Zusammenhang mit der Legasthenie-Therapie, bzw. Dyskalkulie-Therapie erforderlich sind.

Ort, Datum

Unterschrift beider Eltern, bzw. des/der Sorgeberechtigten