

Schulbegleitung

Antrag auf Gewährung einer Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr

An das Amt 46, Amt für Jugend, Familie und Sport des Kreises Steinburg
Abt. 466 Koordination Schulbegleitung
Viktoriastraße 16 - 18
25524 Itzehoe

Name, Vorname des Kindes		<input type="checkbox"/> Junge	Geburtsdatum		
		<input type="checkbox"/> Mädchen			
Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort, Kreis			Staatsangehörigkeit		
<input type="checkbox"/> Dieser Aufenthalt ist bei Pflegeeltern					
Aufenthalt des Minderjährigen Kindes in den letzten 6 Monaten vor Antragstellung:					
Anschrift des Kindergartens/der Schule/der Tagesstätte					
Krankenversichert durch <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige:			Name der Krankenkasse		
Anschrift der Krankenkasse			Versicherungsnummer der Krankenkasse		
Inhaber/-In der Personensorge					
<input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige:					
Bei Kindern nicht verheirateter Eltern:					
Vaterschaft <input type="checkbox"/> ist nicht festgestellt (Negativbescheinigung zum Sorgerecht bitte beilegen)					
<input type="checkbox"/> ist festgestellt (Sorgerechtserklärung bitte beilegen)					
Name, Vorname des Vaters			Name, Vorname der Mutter		
Straße, Haus-Nr.			Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Wohnort			PLZ, Wohnort		
Telefon		Handy	Telefon		Handy
E-Mail			E-Mail		

Schulbegleitung

Ist die Beeinträchtigung ihres Kindes auf ein entschädigungspflichtiges Ereignis (z.B. Unfall, Opfer einer Gewalttat) zurückzuführen?

nein ja, zuständige Stelle, Anschrift:

Liegt bei ihrem Kind ein Pflegegrad vor?

nein ja, welcher Pflegegrad liegt vor?:

Hat ihr Kind eine Schwerbehinderung?

nein ja, welcher Grad der Behinderung liegt vor?:

Hinweis:

Dem Antrag sind verschiedene Unterlagen beizufügen. Welche das sind, entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Merkblatt (Anlage 3).

Ort, Datum

Unterschrift des/der Personenberechtigten

Unterschrift Jugendliche/r selbst (ab 15. Lebensjahr)

Mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und der personenbezogenen Daten meines Kindes zum Zweck der Feststellung einer Teilhabebeeinträchtigung erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Personenberechtigten

Unterschrift Jugendliche/r selbst (ab 15. Lebensjahr)

Ansprechpartnerinnen:

Frau Uhl

Stadt Itzehoe/ Kreisgebiet
Steinburg/ Süd-West

Tel.: 04821-69 366

uhl@steinburg.de

Frau Zimmermann

Nord-Ost/ z.T. Süd-West

Tel.: 04821-69 530

zimmermann@steinburg.de