

Kreis Dithmarschen
 FD 110/122
 Stettiner Straße 30
 25746 Heide

Vom Mitarbeitenden auszufüllen:
Kreis Dithmarschen
<input type="checkbox"/> FD 110
<input checked="" type="checkbox"/> FD 122 z.Hd. Frau

Antrag auf Kostenübernahme

<input type="checkbox"/> Schulbegleitung
<input type="checkbox"/> Schulwegbegleitung
<input type="checkbox"/> Individualbeförderung (z.B. Fahrdienst für den Schulweg)
<input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen

1. Allgemeine Angaben zum Kind

	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort/Geburtsland:	
Staatsangehörigkeit:	
Krankenkasse und Versicherungsnummer	
Pflegegrad:	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Wohnort:	
Telefonnummer:	
Schule und Klassenstufe:	
Name der Klassenlehrkraft:	

2. Angaben über Eltern (Sorgeberechtigte)

	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort/Geburtsland:	
Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Wohnort:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Verwandtschaftsverhältnis zum oben genannten Kind:	

	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort/Geburtsland:	
Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Wohnort:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Verwandtschaftsverhältnis zum oben genannten Kind:	

3. Weitere Angaben zum Kind und Begründung des Antrages

Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt Merkzeichen
Behinderung durch Unfall:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art des Unfalls: Aufgenommen durch:

	Verschuldet durch: Geltend gemachte Ansprüche:
Aufenthaltsort/e des oben genannten Kindes im letzten Jahr vor dem Antrag auf Kostenübernahme:	
Befand/befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Behandelnde*r:
Folgende Diagnosen liegen vor: (Ärztliche Unterlagen bitte als Kopie beifügen.)	

Die beantragte Hilfe ist aus folgenden Gründen erforderlich (z. B. Welche Probleme oder Schwierigkeiten liegen vor? Welche Rückmeldungen erhalten Sie von der Schule? Was soll sich ändern?)

Rechtliche Hinweise

Gemäß § 66 Absatz 1 Sozialgesetzbuch I (SGB I) kann der/die Leistungsträger*in ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, wenn der- oder diejenige, der/die eine Sozialleistung beantragt oder erhält, den Mitwirkungspflichten nach §§ 60 bis 62, 65 nicht nachkommt, die Aufklärung des Sachverhaltes hierdurch erheblich erschwert wird und die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Der Antragsvordruck sowie alle zu unterschreibenden Unterlagen sind von beiden Elternteilen zu unterzeichnen, soweit beide Elternteile sorgeberechtigt sind.

Ort/Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte (Eltern, Pflegeeltern, gesetzliche Betreuer)

Ort/Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte (Eltern, Pflegeeltern, gesetzliche Betreuer)