

|  |
| --- |
| Vom Mitarbeitenden auszufüllen: |
| Kreis Dithmarschen[ ]  FD 110[ ]  FD 122 |

Kreis Dithmarschen

Stettiner Straße 30

25746 Heide

**Antrag auf Kostenübernahme**

|  |
| --- |
| [ ]  Schulbegleitung |
| [ ]  Schulwegbegleitung |
| [ ]  Individualbeförderung (z.B. Fahrdienst für den Schulweg) |
| [ ]  Sonstige Leistungen |

**1. Allgemeine Angaben zum Kind**

|  |  |
| --- | --- |
|  | [ ]  weiblich [ ]  männlich [ ]  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)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | [ ]  weiblich [ ]  männlich [ ]  divers |
| Name: |  |
| Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Geburtsort/Geburtsland: |  |
| Staatsangehörigkeit: |  |
| Familienstand: |  |
| Straße und Hausnummer: |  |
| Postleitzahl und Wohnort: |  |
| Telefonnummer: |  |
| E-Mail-Adresse: |  |
| Verwandtschaftsverhältnis zum oben genannten Kind:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | [ ]  weiblich [ ]  männlich [ ]  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: | [ ]  ja [ ]  nein [ ]  beantragtMerkzeichen |
| Behinderung durch Unfall: | [ ]  ja [ ]  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?  | [ ]  ja [ ]  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)