

# Antrag auf Eingliederungshilfe

	Kontaktdaten	Kind	Erziehungsberechtigte	
1.	Name			
2.	Vorname			
3.	Geburtsdatum			
4.	Familienstand			
5.	PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer			
6.	Telefon/E-Mail			
7.	Staatsangehörigkeit			
8.	Versichert durch			
9.	Krankenkasse:			

## **Ich/Wir beantragen**

- ( ) Heilpädagogische Frühförderung
- ( ) Schulbegleitung
- ( ) Einzelfallhilfe
- ( ) Autismusspezifische Förderung

## **Wer soll die Maßnahme durchführen**

Name der Einrichtung:

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

# Antrag auf Eingliederungshilfe

## Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Name und Anschrift:

\_\_\_\_\_

### Ärztliche Verordnung der Teilnahme

( ) Heilpädagogische Frühförderung

( ) Heilpädagogische Förderung

( ) Autismusspezifische Förderung

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dauer und Frequenz der Förderungseinheiten: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes/Ärztin