

Bezirk Oberfranken
 -Sozialverwaltung-
 Cottenbacher Str. 23
 95445 Bayreuth

Antrag auf Gebärdensprachdolmetscher

für die Kommunikation hör- oder sprachbehinderter Eltern nicht hör- oder sprachbehinderter Kinder mit der Schule in deutscher Gebärdensprache.

Daten der Eltern *		
	Vater gehörlos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mutter gehörlos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name, Vorname		
Geburtsdatum/–ort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Straße		
PLZ, Wohnort		

*Das Vorliegen einer Hör- oder Sprachbehinderung ist bei Erstbeantragung entsprechend nachzuweisen z.B. durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung und des Schwerbehindertenausweises

Daten des Kindes/der Kinder *		
	Kind	Kind
Name, Vorname		
Geburtsdatum/–ort		
Staatsangehörigkeit		
Straße		
PLZ, Wohnort		

Anlass (genaue Beschreibung)	
Einsatzort (Adresse der Schule)	
Datum des Einsatzes:	voraussichtliche Dauer:
Gebärdensprachdolmetscher:	

Datum,..... Unterschrift des/der Antragsteller:.....