



An
 Bezirk Oberfranken
 Sozialverwaltung
 Cottenbacher Str. 23
 95445 Bayreuth
 Fax-Nummer: 0921/7846-93200

Schulgeld Antrag
Änderung

Bezirk intern:
 ZE-Nummer: Hilfeart: 5196

Information des Sozialhilfeträgers wegen der Übernahme des Schulgeldes im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe	
Name der Förderschule:	
Anschrift der Förderschule:	

Persönliche Verhältnisse des Schulkindes:	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
PLZ, Wohnort, Straße:	
Seit wann am jetzigen Wohnort:	
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Ausländische Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> unbekannt

Schulbesuch der Förderschule:	
derzeitige Klasse:	im Schuljahr:
Besuch dieser Förderschule seit:	
Voraussichtliches Ende der Schulpflicht:	
Schulgeld wird erhoben ab:	<input type="checkbox"/> ; <input type="checkbox"/> späterer Zeitpunkt:
Schulgeld mit mtl.	€12 Mte. vom – wurde genehmigt mit Schreiben des Bezirks Oberfranken vom
Leistungen der Eingliederungshilfe	Eingliederungshilfe wird bereits gewährt für: <input type="checkbox"/> Schulbegleitung <input type="checkbox"/> Tagesstättenbesuch <input type="checkbox"/> Internatsbetreuung <input type="checkbox"/> Sonstiges Schulgeld ist die bisher einzige Maßnahme der Eingliederungshilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt

Familienverhältnisse	des Vaters	der Mutter
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Ausl. <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Ausl. <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Straße:		
PLZ, Ort:		
Sorgeberechtigt:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Pflegekind:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name der Pflegeeltern:	
Anschrift:	

Stand: 17.11.2011

Datum:

Unterschrift/Stempel/Signum der Schule