

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken
Sozialverwaltung
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

Anlage 6a zum Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern vom 19. Mai 2006 in der Fassung vom 1. Juli 2011

Antrag auf Gewährung von Maßnahmen der Frühförderung

Persönliche Angaben des zu fördernden Kindes

Vor- und Nachname			
Geschlecht	weiblich	männlich	
Geburtsdatum/-ort			
Staatsangehörigkeit	deutsch	andere:	Passkopie und ggf. Elektronischen Aufenthaltstitel bitte beifügen
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
seit wann am jetzigen Wohnort wohnend			
Ist das zu fördernde Kind ein Pflegekind?	ja	nein	
Vor- und Nachname der Pflegeeltern			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			

Zuständiges Jugendamt

Name des Jugendamtes	
Ansprechpartner	
Telefon	

Persönliche Angaben zu den leiblichen Eltern

	Vater	Mutter
Vor- und Nachname		
Geburtsdatum/-ort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Telefon		
sorgeberechtigt	ja nein	ja nein

Angaben zum Kindergarten / schulvorbereitende Einrichtung (SVE)

Name der derzeitig besuchten Einrichtung	
Ansprechpartner	
Telefon	

Angaben zur Frühförderungsstelle

Welche Frühförderstelle führt die Förderung durch?			
Ab wann wird die Hilfe beantragt?			
Von wem wurden Sie an die Frühförderstelle vermittelt?			
Wurde Ihr Kind bereits ambulant gefördert?	ja, von		nein
Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen?			

Angaben zur Krankenversicherung

krankenversichert	privat gesetzlich
	selbst versichert
	bei der Mutter mitversichert
	beim Vater mitversichert
Name der Krankenkasse	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Weitere Angaben zu anderweitigen Ansprüchen

Behinderung ist Folge eines	Unfalls Impfschadens schuldhaften Verhalten Dritter (z. B. Schädigung während der Geburt)		
Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen bezogen?	ja, bitte nennen		nein

Anlagen

beigefügte Anlagen	Förder- und Behandlungsplan Pflegegutachten (soweit vorhanden) Krankenhausentlassungsbericht (soweit vorhanden) Ärztliches Gutachten über Schulrückstellung (soweit vorhanden) Vollmacht zur Antragstellung
--------------------	--

Erklärung

Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n). Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, sämtliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse dem Sozialhilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

Mir/uns ist bekannt, dass der Förder- und Behandlungsplan zusammen mit den vorgelegten ärztlichen Gutachten ggf. zu einer zusätzlichen ärztlichen Prüfung weitergeleitet wird.

Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der Eltern
bzw. der Sorgeberechtigten