

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken
Sozialverwaltung
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

Antrag auf Gebärdensprachdolmetscher

Persönliche Angaben der Eltern*

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

Persönliche Angaben des Kindes/der Kinder*

	Kind 1	Kind 2
gehörlos	ja nein	ja nein
Vor- und Nachname		
Geburtsdatum/-ort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		

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

Weitere Informationen zum Gebärdendolmetscher

Grund/Anlass (genaue Beschreibung)	
Einsatzort (Adresse der Schule)	
Datum des Einsatzes	
voraussichtliche Dauer	
Gebärdendolmetscher	

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragsteller