

Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 102 Abs. 1 Nr. 3 in Verbindung mit § 112 SGB IX



LANDKREIS
GÖPPINGEN

Schulbegleitung / Schulassistentz

Stand: 01.01.2020

	Hilfesuchendes Kind:	Vater:	Mutter:
Familienname			
Vorname			
Straße			
Wohnort			
Telefon	-----		
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
Aufenthaltsstatus mit Nachweis			
Familienstand	-----		
Beruf	-----		
Krankenkasse			
Adresse Schule			

Geschwister:

Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			

Bitte legen Sie dem Antrag - falls vorhanden - ärztliche Berichte und Stellungnahmen bei, sowie eine Begründung, warum eine Schulbegleitung / Schulassistentz benötigt wird.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)