

Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII Schulbegleitung / Schulassistenz

	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 / Schulassistenz benötigt wird.

Ort, Datum

Unterschrift