

Anschrift der Frühförderstelle:

Telefon:

Bezirk Schwaben  
-Sozialverwaltung-  
86147 Augsburg

## Antrag auf Kostenübernahme für das offene Beratungsangebot und/oder die Eingangsdiagnostik im Rahmen der ambulanten Frühförderung

<b>Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:</b>	
Name, Vorname	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsdatum und -ort	
Straße	
Wohnort	
Seit wann am jetzigen Wohnort	
Staatsangehörigkeit	

<b>Familienverhältnisse</b>	<b>Elternteil 1</b>	<b>Elternteil 2</b>
Name, Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Telefonnummer <small>(Angabe freiwillig)</small>		
Email-Adresse <small>(Angabe freiwillig)</small>		
Personensorgeberechtigt	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	
Zuständiges Jugendamt	

Welche Interdisziplinäre Frühförderstelle führte das Beratungsgespräch durch:
Wann fand das Beratungsgespräch statt?
<input type="checkbox"/> Eine Interdisziplinäre Frühförderung wird nicht durchgeführt.
Es fanden im Zeitraum von ..... bis ..... zusätzlich..... <i>(Anzahl)</i> Behandlungseinheiten Eingangsdiagnostik statt.

### 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).

Das Informationsblatt nach Art. 13, 14 EU-DSGVO lag dem Antrag bei.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift(en) der Eltern bzw. der Personensorgeberechtigten