

Heilpädagogische Praxis:

Telefon:

Bezirk Schwaben
-Sozialverwaltung-
86147 Augsburg

Antrag auf Kostenübernahme für das offene Beratungsangebot im Rahmen der ambulanten heilpädagogischen Frühförderung

Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:		
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		
Familienverhältnisse	Elternteil 1	Elternteil 2
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		
Wann fand das Beratungsgespräch statt?		
mit:		

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