

 Der Kreisausschuss

 Fachdienst Eingliederungshilfen

 Karl-Kellner-Ring 51, 35576 Wetzlar

|  |
| --- |
| **Pädagogische Frühförderungdurch die Frühförder- und Beratungsstelle der Lebenshilfe Dillenburg in Herborn-Burg** |

|  |
| --- |
| Name, Vorname des Kindes: Geburtsdatum |
|             |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nationalität: | Asylbewerber? |  Geschlecht: |
|       | Ja [ ]  Nein [ ]  |  männlich [ ]  weiblich [ ]  |

|  |
| --- |
| Anschrift (Straße, Wohnort und Ortsteil): |
|       |

|  |
| --- |
| Name der gesetzlichen Vertreter (Eltern, Vormund): |
|       |

|  |
| --- |
| Anschrift: Telefon |
|             |

|  |
| --- |
| Name der Krankenkasse, Anschrift: |
|       |

|  |
| --- |
| Name, Vorname der/des Versicherten: Geburtsdatum |
|             |

|  |  |
| --- | --- |
| Die Behinderung / Störung ist auf ein schadenersatzpflichtigesEreignis (zum Beispiel Unfall, Impfen) zurückzuführen: |  Ja [ ]  Nein [ ]   |
| Falls „Ja“, bitte kurz erläutern:      |
|       |

|  |
| --- |
| Unser / Mein Kind erfährt zur Zeit folgende weitere Behandlungsmaßnahmen: |
|       |
|       |

**Wir beantragen / Ich beantrage die Übernahme der Kosten für die pädagogische Frühförderung durch die Frühförder- und Beratungsstelle der Lebenshilfe Dillenburg in Herborn-Burg.**

     , 16.01.2020

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift