

Der Kreisausschuss

Fachdienst Eingliederungshilfen

Karl-Kellner-Ring 51, 35576 Wetzlar

|  |
| --- |
| **Pädagogische Frühförderung durch 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 schadenersatzpflichtiges  Ereignis (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