

Kreisausschuss des
Landkreises Marburg-Biedenkopf
Fachbereich Familie, Jugend und Soziales
Fachdienst 50.4 – Eingliederungshilfe –
Im Lichtenholz 60
35043 Marburg



Antrag der/des Erziehungsberechtigten auf Bewilligung einer Schulbegleitung gemäß § 35a Sozialgesetzbuch VIII i. V. §§ 53, 54 Sozialge- setzbuch XII

Angaben zur Person des Kindes:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Kind wohnt bei: (Eltern, Ver-
wandten, Pflegefamilie, Einrichtung) _____

wenn Pflegefamilie/Einrichtung
zugezogen am/von: _____

Staatsangehörigkeit: _____

ausländerrechtlicher Status: _____

Aufenthaltsgenehmigung vom: _____ befristet bis: _____

Besteht eine Vormundschaft oder Betreuung?

Bestellung eines Vormunds ja nein eingeleitet

Bestellung eines Betreuers ja nein eingeleitet

Anschrift des Sorgeberechtigten: _____

Bestellung durch Amtsgericht: _____

Aktenzeichen: _____

Name der Mutter:

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Name des Vaters:

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Sorgeberechtigt: beide Elternteile ja nein, sondern: _____

Telefonnummer: _____

Name und Anschrift der Schule:

In welchen Bereichen benötigt Ihr Kind in der Schule Unterstützung?

Ist die Schulbegleitung wegen eines Unfalls erforderlich und bestehen deswegen gegen eine Versicherungsgesellschaft bzw. gegen den gesetzlichen Träger der Unfallversicherung Ansprüche?

ja nein

Wenn ja, bei wem _____

Bisherige Eingliederungshilfemaßnahmen

(Frühförderung, Kindergartenintegration, Schulbegleitung)

von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Bisher beteiligte Ärzte, Therapeuten u. ä.

von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Bitte legen Sie folgende Unterlagen vor:

Fachärztliche Gutachten

Therapeutenberichte

Pflegegeldbescheid mit Pflegegutachten der Pflegekasse

Wir sind/Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Fachbereich Familie, Jugend und Soziales des Landkreises Marburg-Biedenkopf das zuständige Staatliche Schulamt sowie den Fachbereich Gesundheitsamt um Stellungnahme zum Antrag bittet.

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (Mutter)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (Vater)