

Antrag auf Übernahme der Kosten

gem. § 27 in Verbindung mit § 35 a SGB VIII
in Form von heilpäd. Voltigieren / Reiten

durch die heilpäd. Praxis Rita Hölscher-Regener
Leierweg 24, 44137 Dortmund Teel. 0231 /10 00 87

1. Hilfesuchender

Name : _____
Vorname : _____
Anschrift : _____
Geb. Datum : _____
Beruf : _____
Staatsangehörigkeit : _____
Krankenkasse : _____
Kindergarten/Schule : _____
Gesetzl. Vertreter : _____
Wirkungskreis d. ges. Vertreters: _____

2. Vater

Name : _____
Vorname : _____
Anschrift : _____
Geb. datum : _____
Beruf : _____
Arbeitgeber : _____
Staatsangehörigkeit : _____
Krankenkasse : _____

3. Mutter

Name : _____
Vorname : _____
Anschrift : _____
Geb. datum : _____
Beruf : _____
Arbeitgeber : _____
Staatsabgehörigkeit : _____
Krankenkasse : _____

Hat der Hilfesuchende oder ein Elternteil Ansprüche nach beamtenrechtlichen Vorschriften, z.B. Beihilfeansprüche nach den Beihilfevorschriften?

--

Ja _____ /Nein _____

—

Falls ja, Anschrift des
Dienstherrn: _____

Ich/Wir versichern, die oben genannten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Änderungen der wirtschaftlichen oder persönlichen Verhältnisse müssen sofort dem Sozialamt mitgeteilt werden. Es ist mir/uns bekannt, daß falsche oder fehlerhafte Angaben u.U. einen Schadensersatzanspruch begründen können.

Ich/Wir bin/sind darüber unterrichtet, daß die von mir /uns erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des örtlichen Sozialhilfeträgers erforderlich sind und zum Teil karteimäßig erfaßt oder maschinell gespeichert und verarbeitet werden. (Bundesdatenschutzgesetz vom 27.01.77)

Unter Hinweis auf §9 Abs. 2 BDSG stimme ich /wir im Rahmen meiner gesetzlichen Mitwirkungspflicht der Verarbeitung dieser Daten zu. Dies gilt auch für künftige Änderungen zu meinen Angaben, die ich /wir unverzüglich mitzuteilen habe /haben.

_____, den _____

Unterschrift/en des /der Antragsteller/s

Entbindungserklärung

Hiermit entbinde ich _____

das Sozialamt/Jugendamt der Stadt _____ von der Schweigepflicht

gegenüber anderen Institutionen, die an der Durchführung

() der heilpädagogischen Maßnahme

(Gesundheitsamt, Beratungsstelle, Schule, Träger der Maßnahme,
behandelnder Arzt)

beteiligt sind.

Ich bin damit einverstanden, daß mein Kind am heilpädagogischen
Votigieren/Reiten teilnimmt.

Unterschrift