

Antrag auf Übernahme der Kosten
gemäß §§39ff. in Verbindung mit §§30 und 56 SGB IX
in Form von Heilpädagogischem Voltigieren/Reiten

durch die Heilpädagogische Praxis Rita Hölscher-Regener
Leierweg 24 - 44137 Dortmund - Tel. 10 00 87

1. Hilfesuchender

Name: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
Geb. Dat.: _____
Beruf: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Krankenkasse: _____
Kindergarten/Schule: _____
Gesetzl. Vertreter: _____
Wirkungskreis des gesetzl. Vertreters: _____

2. Vater

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

3. Mutter

Name: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
Geb. Dat.: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____

Staatsangehörigkeit: _____
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 versichere/versichern, die oben genannten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Änderungen der wirtschaftlichen oder persönlichen Verhältnisse müssen sofort dem Sozialamt/Jugendamt mitgeteilt werden. Es ist mir/uns bekannt, daß falsche oder fehlerhaft 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 27.01.1977).

Unter Hinweis auf § 9 Abs. 2 BDSG stimme/n ich/wir im Rahmen meiner gesetzlichen Mitwirkungspflicht der Verarbeitung dieser Daten zu. Dies gilt auch für künftige Änderungen zu meinen/unseren 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 beteiligt sind (Gesundheitsamt, Beratungsstelle, Schule, Träger der Maßnahme, behandelnder Arzt).

Ich bin damit einverstanden, daß mein Kind am Heilpädagogischen Voltigieren teilnimmt.

Unterschrift