LANDKREIS CLOPPENBURG DER LANDRAT





Für interne Vermerke: **Az: 50.4/412** -

Landkreis Cloppenburg 50 - Sozialamt 50.4 Eingliederungshilfe Eschstraße 29 49661 Cloppenburg

Anmeldung zur Überprüfung von Förderbedarf für Kinder bis zur Einschulung

im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen –

Nachfragende P	erson (Kind)						
Name:					Vorname:		
Straße, Haus-Nr.:				PLZ, Ort:			
Telefon / Handy:				E-Mail-Adresse:			
Geburtsdatum: G		Geburtsort:		Staatsangehörigkeit:			
Geschlecht:		Wohnverhältr	nisse:		•		
☐ weiblich ☐ bei den Elt			Elter				
männlich bei:				(z.B. Mutter-Kind-Einrichtung)			
Krankenversicherungsschutz besteht bei (Name und Adresse der Krankenkasse):							
Angehörige (die mit der nachfragenden Person im selben Haushalt leben)							
	Name, ggf. Geburtsname, Vorname			Geburtsdatum	Staatsange- hörigkeit	Familienstand	
☐ Mutter ☐ Pflegemutter*							
☐ Vater ☐ Pflegevater*							
 bei Pflegekinderr in die Familie sov 					n Aufenthaltsort de	es Kindes, Datum der Aufnahme	
Ich/Wir habe/-n f derung, heilpädag			oereit	s Leistungen de	er Eingliederungs	shilfe erhalten (z.B. Frühför-	
Zuständiger Eingli	ederungshilfe	träger:					
Ort, Datum		U	Unterschrift der Eltern/eines Elternteils				

Hinweise:

Die Mitarbeiter/-innen des Gesundheitsamtes des Landkreises Cloppenburg werden sich bezüglich eines Termins für die Überprüfung des Förderbedarfs für Ihr Kind mit Ihnen in Verbindung setzen. Es wird zunächst ein Hausbesuch durch eine/n Mitarbeiter/in des Gesundheitsamtes durchgeführt. Im Anschluss erfolgt eine medizinische Untersuchung.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Sozialamt, Tel.: 04471/15-657.

Wird Ihr Kind im Sommer dieses Jahres bereits schulpflichtig, ist der Bescheid der zuständigen Grundschule/Landesschulbehörde über die Zurückstellung bzw. Einschulung diesem Antrag beizulegen. Dies ist für die Prüfung Ihres Antrages Voraussetzung