

Bezirk Mittelfranken
 Postfach 6 17
 91511 Ansbach

Antrag auf Kostenübernahme für das offene Beratungsangebot im Rahmen der ambulanten Frühförderung

Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:	
Name, Vorname	
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum und -ort	
Straße	
Wohnort	
Seit wann am jetzigen Wohnort	
Staatsangehörigkeit	

Familienverhältnisse	des Vaters	der Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Telefonnummer		
Sorgeberechtigt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Pflegekind	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name der Pflegeeltern	
Anschrift	
Zuständiges Jugendamt	

Welche interdisziplinäre Frühförderstelle führte das Beratungsgespräch durch:
Wann fand das Gespräch statt?
<input type="checkbox"/> Eine interdisziplinäre Frühförderung wird nicht durchgeführt.

Erklärung:

Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n).

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift(en) der Eltern bzw.
 der Sorgeberechtigten