

Antrag auf Gewährung von heilpädagogischen Leistungen

Bitte zurücksenden an:

Landkreis Ostprignitz-Ruppin
Gesundheitsamt
Frühförder- und Beratungsstelle
Neustädter Str. 13
16816 Neuruppin

oder an: ga-jaed@opr.de

Ansprechpartner: Frau Diestelberger
E-MAIL: ga-jaed@opr.de
TELEFON: 03391 688- 5346
TELEFAX: 03391 688- 885384

Personenbezogene Daten des Kindes

Name, Vorname:

Geschlecht: männlich weiblich divers

Geburtsdatum: Geburtsort:

Anschrift:

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Ort)

Staatsangehörigkeit: ggf. Aufenthaltsstatus:

Vorherrschende Sprache des Kindes/Familie:

Umzug in den letzten 6 Monaten: nein

ja, vorherige Anschrift:

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Ort)

Das Kind besucht die Kita: Ort:

Das Kind besucht keine Kita

Geplante Aufnahme in der Kita: ab:

Das Kind wird betreut von Tagesmutter/-vater: Ort:

Das Kind wird durch eine Pflegefamilie/Erziehungsstelle nach dem SGB VIII betreut:

nein ja, folgender Art: Kurzzeitpflege

Dauerpflege

Wurden bereits Leistungen zur sozialen Teilhabe nach dem SGB IX in Anspruch genommen?

(z.B. Heilpädagogische Leistungen, Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie, Leistungen zur Förderung der Verständigung, Leistungen zur Mobilität, etc.)

nein ja (bitte Bescheid/Bescheide beifügen)

Können Ansprüche gegen Dritte geltend gemacht werden? nein ja

(z.B. nach dem Opferentschädigungsgesetz, nach Impfschäden, etc.)

Eltern/Personensorgeberechtigte

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße Haus-Nr.:

PLZ Ort:

Krankenversicherung:

Kind ist familien-
versichert bei:

Telefon:

E-Mail:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße Haus-Nr.:

PLZ Ort:

Krankenversicherung:

Kind ist familien-
versichert bei:

Telefon:

E-Mail:

Antragsbegründung (bitte Zutreffendes ankreuzen und Begründung ausfüllen):

Ich/Wir wünsche/n für mein/unser Kind... **Die Kita** empfiehlt...

Der Kinderarzt empfiehlt...

... Frühförderung, weil:

- 1.
- 2.
- 3.

X

Datum, Unterschrift Eltern/Personensorgeb...