

| | |
|----------------------------------|--|
| Name der Schülerin/des Schülers: | Antrag auf Übernahme der Kosten für einen schulischen Integrationshelfer |
|----------------------------------|--|

Stadt Hamm
 Amt für Soziales, Wohnen und Pflege - 50-500-3-
 Westentor 1 - 3
 59065 Hamm

| |
|-----------------|
| Antragseingang: |
|-----------------|

Antrag auf Übernahme der Kosten für einen schulischen Integrationshelfer

| Angaben zur Schülerin / zum Schüler | |
|-------------------------------------|--|
| Familienname | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum, Geburtsort | |
| Straße und Hausnr. | |
| PLZ, Wohnort | |
| Tel.-Nr. der Eltern | |
| Staatsangehörigkeit | |
| Krankenkasse | |
| | Krankenversicherungsnummer: <input type="text"/> |

| Antragsteller/in | |
|--------------------------|--|
| Familienname/n | |
| Vorname/n | |
| Geburtsdatum, Geburtsort | |
| Anschrift | |

| Angaben bei ausländischer Staatsangehörigkeit | | |
|---|-------------------------------|---|
| Duldung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis |
| Niederlassungserlaubnis | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis |
| Aufenthaltserlaubnis | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis |

| Schwerbehinderung/Pflegebedürftigkeit | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Schwerbehindertenausweis vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja, Datum: | Grad der Behinderung: % |
| | <input type="checkbox"/> nein | |
| Wenn nein: Antrag gestellt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| Weitere Personen im Haushalt | | | |
|------------------------------|---------|--------------|------------------------------------|
| Familienname | Vorname | Geburtsdatum | Stellung zur Schülerin/zum Schüler |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|----------------------------------|--|
| Name der Schülerin/des Schülers: | Antrag auf Übernahme der Kosten für einen schulischen Integrationshelfer |
|----------------------------------|--|

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____

alle Ärzte, medizinische Dienste der Kranken- und Pflegekassen, das Schul- und Sportamt der Stadt Hamm, die Schule von ihrer Schweigepflicht in Bezug auf den beantragten Integrationshelfer als Bevollmächtigte/r für die Schülerin/den Schüler

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten,
- Arzt- oder Krankenhausberichte über die abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund

an das Gesundheitsamt der Stadt Hamm herausgegeben und in dieser Antragsangelegenheit verwendet werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| _____. Ort, Datum) | _____ (Unterschrift/en) |
|-----------------------|----------------------------|

| Anlagen | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ärztliche Gutachten |
| <input type="checkbox"/> | Sonderpädagogisches Gutachten |
| <input type="checkbox"/> | Stellungnahme der Schule/Schulleitung |
| <input type="checkbox"/> | Schwerbehindertenausweis |