

Name der Schülerin/des Schülers:	Antrag auf Übernahme der Kosten für eine schulische Integrationshilfe
----------------------------------	---

Stadt Hamm
 Amt für Soziales, Wohnen und Pflege - 50-500-3-
 Amtsstr. 19
 59073 Hamm

Antragseingang:

Antrag auf Übernahme der Kosten für eine schulische Integrationshilfe

Angaben zur Schülerin / zum Schüler	
Familienname	
Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Straße und Hausnr.	
PLZ, Wohnort	
Tel.-Nr. der Eltern	
Staatsangehörigkeit	

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
	<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 eine schulische Integrationshilfe
----------------------------------	---

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 die beantragte Integrationshilfe 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
<input type="checkbox"/>	Schwerbehindertenausweis