

3. **Geplanter Hilfebeginn:** _____

4. **Vorgesehene Dauer:** _____

5. **Grund des Antrages/
Besonderer pädagogischer Förderbedarf:**
(Legen Sie vorhandene Gutachten/Stellungnahmen bitte bei)

6. **Erwartung an die Maßnahme:**

7. **Gutachten folgender Stellen in der Anlage:**

8. **Geht die Erkrankung/Behinderung auf einen Unfall oder auf ein Verschulden Dritter zurück?**

nein

ja (bitte näher erläutern)

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, pädagogischen und psychologischen Untersuchungsunterlagen und Berichten, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich/wir im Antrag angegeben habe/haben oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Weiterhin erkläre/n ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass das Gesundheitsamt Freudenstadt das Zeugnis nach Formblatt HB/A, Teil 1, erstellt und dass dieses an den zuständigen Sozialhilfeträger übermittelt wird.

Datum

Unterschrift der Mutter

Unterschrift des Vaters