

Teilhabe von Menschen mit Behinderung  
Eingliederungshilfe für Kinder  
Postfach 31 14

38631 Goslar

### Antrag auf Übernahme der Kosten für ambulante Frühförderung gem. § 79 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Ich / wir beantrage(n) für mein / unser Kind \_\_\_\_\_  
die Übernahme der Kosten für eine  
Frühförderungsmaßnahme der Frühförderstelle der Lebenshilfe  Seesen  Goslar.

#### Persönliche Verhältnisse des Kindes (Antragssteller/-in)

Name		
Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort Hildesheim	Staatsangehörigkeit ungeklärt
Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt		
Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> sonstige :		

Der Bericht von \_\_\_\_\_ liegt anbei.

#### Persönliche Verhältnisse der Eltern

	Vater	Mutter
Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Wohnanschrift		
Telefon E-Mail		
Beruf		
Krankenkasse (bei der das Kind als Familienmitglied versichert ist)		

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

### Schweigepflichtentbindung zum umseitigen Antrag

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter der Eingliederungshilfe des Landkreises Goslar von der Schweigepflicht gegenüber dem/der

(zutreffendes ankreuzen)

- Frühförderstelle der Lebenshilfe Goslar
- Frühförderstelle der Lebenshilfe Seesen
- Kindergarten / Kindertagesstätte \_\_\_\_\_
- Familienhilfe \_\_\_\_\_
- andere \_\_\_\_\_

Alle Auskünfte und übermittelten Daten dienen allein dazu, im Antragsverfahren erforderliche Angaben/Informationen mit den o.g. Beteiligten auszutauschen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum    Unterschrift Eltern/Elternteil