

Erhebungsbogen

für Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 55 SGB IX (Kindertagesstätten)

Eingangsstempel

Die ambulante Frühförderung soll durchgeführt werden

ab

(Name und Anschrift der Frühförderstelle)

in

Der/Die Hilfesuchende ist

Ausländer/in

Zutreffendes ankreuzen!

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

I. Persönliche Verhältnisse

des zu fördernden Kindes

1. Familienname (ggf. Geburtsname)

2. Vorname(n)

3. Geburtsdatum

4. Geburtsort/Kreis

5. Wohnanschrift/PLZ, Ort

Straße, Ortsteil, Nr.

6. Staatsangehörigkeit

7. Religion (Angaben freiwillig)

8. Ggf. Anschrift d. Vormunds/Pflegers
Name, Vorname

PLZ, Ort, Straße, Nr.

Telefon

II. Familienverhältnisse

auch bei nichtehelichen Kindern

des Vaters,
Stief- oder Pflegevaters
(ggf. Todestag angeben)
Sorgeberechtigten

der Mutter,
der Stief- oder Pflege Mutter
(ggf. Todestag angeben)
Sorgeberechtigte

Familienname (ggf. auch Geburtsname)

Vorname(n)

Geburtsdatum

Geburtsort/Kreis

Familienstand
(wenn geschieden, Scheidungsurteil beifügen)

Staatsangehörigkeit

Wohnanschrift/PLZ, Ort

Straße, Ortsteil, Nr.

Beruf, Arbeitgeber, Dienstherr
PLZ, Ort, Straße, Nr.

(in welchem Umfang beschäftigt)

Nur bei nichtehelichen Kindern

Ist die Vaterschaft anerkannt oder gerichtlich festgesetzt:

Höhe des festgesetzten Unterhalts:
monatlich EUR

III. Anderweitige Ansprüche, insbesondere Versicherungs- und Versorgungsansprüche

	des zu fördernden Kindes	der Eltern	
		Vater/Sorgeberechtigter	Mutter/Sorgeberechtigte
1. Krankenkasse a) bei welcher Krankenkasse vers.? b) freiwillig, pflicht-, familien- oder privat versichert?			
2. Pflegeversicherung a) bei welchem Versicherungsunternehmen? b) freiwillig, pflicht-, familien- oder privat versichert?			
3. Bundesversorgungsgesetz (BVG) a) besteht Anspruch b) Versorgungsamt. Grundl.-Nr.			
4. Andere versorgungsrechtliche Ansprüche (Häftlingshilfegesetz, BEG, DEG, Schwerbehindertengesetz, Infektionsschutzgesetz, u. ä.)			
5. Ansprüche aus gesetzlicher oder privater Unfallversicherung a) Versicherungsträger b) Aktenzeichen			
6. Ansprüche als öffentlicher Bediensteter (Beihilfe) a) Dienstherr (Beihilfefeststellungsstelle) b) Aktenzeichen			
7. Ansprüche aus privater Versicherung a) Welche b) Versicherungsgesellschaft c) Aktenzeichen			
8. Schwerbehindertenausweis			
9. Sonstige Ansprüche (nähere Erläuterung)			

IV. Erklärung

Die vorstehenden Angaben habe(n) ich/wir wahrheitsgemäß gemacht. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die zuständigen Stellen zur Nachprüfung die notwendigen Auskünfte erteilen.

Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch nicht wahrheitsgemäße Angaben strafbar mache(n). Jede Änderung der persönlichen Verhältnisse, insbesondere der Aufenthaltsverhältnisse meines/unseres Kindes werde ich/werden wir aufgefordert dem Sozialhilfeträger mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Aufnehmenden

Unterschrift(en) der Eltern/Sorgeberechtigten

Vater
Mutter
(evtl. des Sorgeberechtigten)