

**Antrag der/des Erziehungsberechtigten  
auf Bewilligung einer Schulbegleitung  
gemäß § 35a Sozialgesetzbuch VIII i. V. §§ 53, 54 Sozialge-  
setzbuch XII**

**Angaben zur Person des Kindes:**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Kind wohnt bei: (Eltern, Ver-  
wandten, Pflegefamilie, Einrichtung) \_\_\_\_\_

wenn Pflegefamilie/Einrichtung  
zugezogen am/von: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

ausländerrechtlicher Status: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsgenehmigung vom: \_\_\_\_\_ befristet bis: \_\_\_\_\_

Besteht eine Vormundschaft oder Betreuung?

Bestellung eines Vormunds  ja  nein  eingeleitet

Bestellung eines Betreuers  ja  nein  eingeleitet

Anschrift des Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Bestellung durch Amtsgericht: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**Name der Mutter:**

\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Name des Vaters:**

\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigt: beide Elternteile**  ja  nein, sondern: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Name und Anschrift der Schule:**

\_\_\_\_\_

**In welchen Bereichen benötigt Ihr Kind in der Schule Unterstützung?**

\_\_\_\_\_

Ist die Schulbegleitung wegen eines Unfalls erforderlich und bestehen deswegen gegen eine Versicherungsgesellschaft bzw. gegen den gesetzlichen Träger der Unfallversicherung Ansprüche?

ja  nein

Wenn ja, bei wem \_\_\_\_\_

**Bisherige Eingliederungshilfemaßnahmen**

(Frühförderung, Kindergartenintegration, Schulbegleitung)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Bisher beteiligte Ärzte, Therapeuten u. ä.**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie folgende Unterlagen vor:**

Fachärztliche Gutachten

Therapeutenberichte

Pflegegeldbescheid mit Pflegegutachten der Pflegekasse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wir sind/Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Fachbereich Familie, Jugend und Soziales des Landkreises Marburg-Biedenkopf das zuständige Staatliche Schulamt sowie den Fachbereich Gesundheitsamt um Stellungnahme zum Antrag bittet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (Mutter)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (Vater)