

<b>Antrag auf Übernahme der Kosten für</b>	
<input type="checkbox"/> eine Schulbegleitung (z.B. Zivildienstleistender für den Unterricht) <input type="checkbox"/> eine Schulwegbegleitung (z.B. Zivildienstleistender für den Schulweg) <input type="checkbox"/> eine Individualbeförderung (z.B. Fahrdienst für den Schulweg)	
<b>Die o.g. Hilfe ist erforderlich</b>	
- aus folgenden Gründen:	
- für den Besuch folgender Schule:	
<b>Hinweis:</b> Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Mit dieser Unterschrift bestätigen Sie gleichzeitig die Richtigkeit der von Ihnen gemachten Angaben. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I).	
<b>Angaben zu den persönlichen Verhältnissen des Antragstellers</b>	
Familienname	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort	
Staatsangehörigkeit; bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status	
Aufenthalt im letzten Jahr vor Beantragung der Hilfe	von – bis in
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt Merkzeichen:
Behinderung durch Unfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Art des Unfalles:
	Aufgenommen durch:
	Verschuldet durch:
	Geltend gemachte Ansprüche:
Sorgeberechtigte	
Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon (freiwillig) der Sorgeberechtigten	

### Erklärungen/Hinweise

Den vorstehenden Antrag auf Übernahme der Kosten für Hilfen zur angemessenen Schulbildung habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Wenn und solange ich Leistungen für die Deckung meines Bedarfes erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Ich bin damit einverstanden, dass meine dem Datenschutz unterliegenden Unterlagen und Angaben vom Fachdienst Eingliederungshilfe ggf. zur Geltendmachung von Ansprüchen im erforderlichen Maße an die zuständigen Stellen weitergeleitet werden. Sofern der Fachdienst Eingliederungshilfe für die Entscheidung über die Hilfgewährung ärztliche Unterlagen benötigt, erkläre ich hiermit die Entbindung von der Schweigepflicht. Außerdem bevollmächtige ich den Fachdienst Eingliederungshilfe zur Einsichtnahme in die über mich bei anderen Sozialhilfeträgern geführten Vorgänge.

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

Unterschrift
--------------