

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnr.)

\_\_\_\_\_  
(E-Mail-Adresse)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Wohnort)

\_\_\_\_\_  
(Name der Krankenversicherung)

\_\_\_\_\_  
(Krankenversicherungsnummer)

**Antrag auf Kostenübernahme für eine Schulbegleitung als Leistung zur Teilhabe an Bildung nach §§ 99, 112 SGB IX zur Vorlage beim Amt für Soziales und Wohnen**

Hiermit beantrage ich / beantragen wir für unser Kind, \_\_\_\_\_,  
die Übernahme der Kosten für eine Schulbegleitung an der Schule

\_\_\_\_\_ für das Schuljahr \_\_\_\_\_ durch die/den

\_\_\_\_\_  
(Name des Anbieters der Schulbegleitung)

in einem Umfang von \_\_\_\_\_ **Zeit**stunden wöchentlich.

Warum wird die Schulbegleitung für mein Kind benötigt:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bei  Diabetes und/oder  Epilepsie fügen Sie dem Antrag bitte eine Verordnung über häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V bei. Aus der Verordnung muss zu entnehmen sein, welche Unterstützung durch die Schulbegleitung aufgrund der der Diabetes und/oder der Epilepsie notwendig ist.

Haben Sie bereits bei einer anderen Stelle einen Antrag auf Schulbegleitung gestellt?

Ja       Nein

Mein Kind erhält bereits Leistungen der Eingliederungshilfe:

nein  
 ja

Welche Leistung(en): \_\_\_\_\_

Wer hat die Leistungen bewilligt: \_\_\_\_\_

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass

die/der \_\_\_\_\_  
(Name des Anbieters der Schulbegleitung)

diesen Antrag an den Kostenträger (Träger der Eingliederungshilfe) zur Bearbeitung weiterleitet.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Sorgeberechtigte/r des Kindes)