

# Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 102 Abs. 1 Nr. 4 in Verbindung mit § 113 SGB IX



Heilpädagogische Leistungen

Stand: 01.07.2024

	Hilfesuchendes Kind:	Vater:	Mutter:
Familienname			
Vorname			
Straße			
Wohnort			
Telefon			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
Aufenthaltsstatus mit Nachweis			
Familienstand			
Beruf			
Krankenkasse			
Adresse Kindergarten			

## Geschwister:

Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			

Bitte legen Sie dem Antrag - falls vorhanden - ärztliche Berichte und Stellungnahmen bei, sowie eine Begründung, warum heilpädagogische Leistungen benötigt werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)