

Absender

Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Wohnort _____

Tel.: _____ Email: _____

Empfänger

Sozialamt Stadt Offenbach
Berliner Straße 60
63065 Offenbach
Ansprechpartner _____

Verlängerungsantrag für Teilhabe-Assistenz an Schulen nach § 53, 54 ff SGB XII

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit beantrage ich als Personenberechtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in für meine Tochter /
meinen Sohn

_____ o weiblich o männlich
Name _____ Vorname _____

geboren am _____ in _____

die Verlängerung der Schulassistenz an der folgenden Schule:

_____ Name der Schule _____ Name des Ansprechpartners _____ Telefonnummer _____

Anlagen

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 1. Medizinische Unterlagen | <input type="checkbox"/> o beigefügt | <input type="checkbox"/> o wird nachgereicht |
| 2. Bericht der Schule über den Bedarf | <input type="checkbox"/> o beigefügt | <input type="checkbox"/> o wird nachgereicht |

Wir bitten darum, dass eine Schulassistenz von **naviduo** eingesetzt wird.

Mit freundlichen Grüßen

Datum und Unterschrift Personenberechtigte/r / gesetzliche/r Vertreter/in