

Anfrage auf Teilhabeassistenz

Klient/-in; Kind

anfragende Stelle/Person	Name (<u>Klient/-in;Kind</u>)	Vorname (<u>Klient/-in;Kind</u>)	Geburtsdatum (<u>Klient/-in;Kind</u>)
	Straße (<u>Klient/-in;Kind</u>)	PLZ, Ort (<u>Klient/-in;Kind</u>)	Telefon Email

Bereits vorliegende Infos vom Amt

Amt/Fachstelle	Telefon
fallzuständiger Sachbearbeiter*in	E-Mail

Integrationshilfe (I-Hilfe)

§ 112 SGB IX – Sozialamt (Nicht-Fachkraft)

§ 35a SGB VIII -Eingliederungshilfe (Jugendamt – Fachkraft)

Fallbeschreibung / Hilfeauftrag

Schule:

Ort:

Klasse:

Beschreiben Sie kurz welche Hilfe das Kind benötigt:

gewünschter Beginn der Hilfe:	Umfang Stunden/Woche:
-------------------------------	-----------------------