



## Schule

Name	_____
Anschrift	PLZ _____ Ort _____
	Straße _____ Nr. _____
Der/die Leistungsempfänger/in besucht im Schuljahr 20_/die_Klasse	
Anzahl der Laut Stundenplan bzw. Curriculum vorgesehenen Stunden: _____	
Ausmaß der erforderlichen Assistenzstunden pro Woche:	
Ist eine Assistenz für den Schulweg erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wie wurde der Assistenzbedarf bisher abgedeckt?	

Ein ärztlicher Befund (nicht älter als 2 Jahre) und ein Nachweis über die Pflegestufe sind Fördervoraussetzung.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bitte ankreuzen)

- des/der Leistungsempfänger/in  
 des/der gesetzlichen Vertreters/in