

Antrag auf Übernahme der Kosten für den Aufenthalt

vom _____

	Hilfesuchender	Mutter	Vater
Name:			
Vorname:			
Anschrift:			
geboren am:			
Staatsangehörigkeit:			
Beruf:			
Arbeitgeber:			
Krankenkasse: (<i>Anschrift, Telefonnummer, Versicherungsnummer</i>)			
Name, Vorname und Anschrift des Betreuers:			
Aufgabenkreis des Betreuers:			
Der Hilfesuchende wird in folgender Einrichtung betreut: (<i>Anschrift</i>)			

Ansprüche gegen Drittverpflichtete

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Beruht die Behinderung des Hilfesuchenden auf einem...	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Unfall?</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">ja</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">nein</td> </tr> <tr> <td>Geburtsschaden?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>Impfschaden?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>Vorsätzlichen und rechtswidrigen Tötlichen Angriff?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>nein</td> </tr> </table>	Unfall?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Geburtsschaden?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Impfschaden?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Vorsätzlichen und rechtswidrigen Tötlichen Angriff?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Unfall?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein																	
Geburtsschaden?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein																	
Impfschaden?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein																	
Vorsätzlichen und rechtswidrigen Tötlichen Angriff?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein																	
Falls ja, bestehen Ansprüche gegen den Schädiger oder dessen Versicherung (<i>Bitte Unterlagen beifügen</i>)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">ja</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">nein</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein															
	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein																	
Falls die Behinderung auf einem Unfall beruht	Schädiger (<i>Name und Anschrift</i>):																				
	Versicherung (<i>Name und Anschrift</i>):																				
	Versicherungsnummer:																				
Bei einem Impfschaden oder einem Schaden als Folge eines rechtswidrigen, tätlichen Angriffes	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">ja</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">nein</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein															
	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein																	
Falls ja,	Versorgungsamt (<i>Name und Anschrift</i>):																				
	Aktenzeichen																				

