Autismuszentrum
Vogtland e.V.

Absender: _____

Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort:

Telefon

E-Mail

Autismuszentrum Vogtland e.V.
Frau Kluger
Breitscheidstraße 33

08209 Auerbach
0152 568 573 32

Beauftragung zur Bereitstellung einer Schulassistenz

Sehr geehrte Damen und Herren, mein/unser Kind: _____
geboren am: _____ benötigt für eine angemessene Schulbildung eine Schulassistenz.

Für diese wird/wurde von mir/uns ein Antrag zur Bewilligung von Leistungen der Sozialhilfe im Sozialamt/Jugendamt (Ort)_____: für das Schuljahr: _____ gestellt.

Ich/wir beauftrage/n den Autismuszentrum Vogtland e.V. zur Bereitstellung einer Schulassistenz den Kontakt mit oben genannten zuständigen Sozialleistungsträger aufzunehmen und nach Bewilligung der beantragten Leistungen diese zu erbringen.

Mein/unser Kind wird im oben genannten Schuljahr in folgender Einrichtung unterrichtet:

Name der Schule: _____
Ansprechpartner: _____
Straße, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Telefon: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift/en