

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...	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	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
	Tätlichen Angriff?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Falls ja, bestehen Ansprüche gegen den Schädiger oder dessen Versicherung (<i>Bitte Unterlagen beifügen</i>)		<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		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Falls ja,	Versorgungsamt (<i>Name und Anschrift</i>):				
	Aktenzeichen				

