

Antrag Ballin Meerzeit

- früh einsetzende entwicklungsfördernde Hilfen

Name des Kindes: _____ männlich weiblich divers

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Anschrift: _____

Name Mutter: _____ Geb.: _____ Familienstand: _____

Name Vater: _____ Geb.: _____ Familienstand: _____

Weitere im Haushalt lebende

Bezugsperson: _____ Geb.: _____ Familienstand: _____

Sorgeberechtigt: _____ Anzahl und Alter der Geschwister: _____

Anlass und Ziel der Maßnahme

Familiäre Situation

Problematik und Beschreibung des Kindes

Name des Kindes: _____

Wichtige Hinweise:

Stärken und Kompetenzen des Kindes:

Situation in der Schule und / oder Kita:

Kita: _____ Erzieher:in: _____

Schule: _____ Klasse.: _____ Lehrer:in: _____

Aktuelle Hilfen (bitte Zutreffendes ankreuzen)

SPFH seit: _____ Name: _____

Telefon: _____ Träger: _____

Therapie seit: _____ Therapieform: _____

Telefon: _____ Therapeutin: _____

ReBBZ seit: _____ Sonstige: _____

Medizinisch relevante Daten:

Kinder-/ Hausarzt: _____

Chronische Krankheiten/ Behinderung: _____

Allergien: _____

Medikamentenunverträglichkeit: _____

Dauermedikation: _____

Vollständiger Masernschutz: Ja Nein

Antragsteller:in:

Name: _____ Dienststelle: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

_____ Datum

_____ Unterschrift / Stempel

Einverständniserklärung

Alle Angaben zum Antrag auf die Ballin Meerzeit (früh einsetzende entwicklungsfördernde Hilfen) wurden freiwillig gemacht und werden vertraulich behandelt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter / mein Sohn / mein Kind

_____ an der Ballin Meerzeit teilnimmt.
(vollständiger Name des Kindes)

Nach Beendigung der Ballin Meerzeit bekomme ich von der Ballin Stiftung e.V. einen Abschlussbericht zugeschickt, der auch Empfehlungen über weiterführende Maßnahmen beinhaltet.

Ich bin widerruflich damit einverstanden, dass eine Kopie des Berichts an die antragstellende Institution geschickt wird, und entbinde die MitarbeiterInnen der Ballin Stiftung e.V. insoweit von ihrer Schweigepflicht. Ich bin mit der Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes und meiner Person einverstanden, auch soweit es sich um besonders sensible Daten handelt. Hinweise zum Datenschutz finde ich in den beigefügten "Informationen zur Antragstellung".

Es besteht aktuell Kontakt zum Jugendamt / Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD): Ja Nein

Region: _____

Name Frau/Herr: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Nur wenn bereits Kontakt zum Jugendamt / Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) besteht:

Ich erkläre mich für die Dauer der Ballin Meerzeit und deren Vor- und Nachbereitung damit einverstanden, dass die Mitarbeiter:innen der Ballin Stiftung e.V. sich mit meiner für mein Kind zuständigen Fachkraft beim Jugendamt/ASD abstimmen. Ich erkläre mein Einverständnis, dass eine Kopie des Abschlussberichtes an das Jugendamt/ASD geschickt wird. Ich entbinde die Mitarbeiter:innen der Ballin Stiftung e.V. insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Hamburg, den

Unterschrift Sorgeberechtigte:r

Unterschrift Sorgeberechtigte:r