

Antrag auf Notbetreuung eines Menschen mit Behinderung

An

(hier bitte den Leistungserbringer eintragen (Werkstatt, Tagesförderstätte sowie vergleichbare ambulante und teilstationäre Angebote der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung -EGH)

Name(n), Vorname(n)		
Anschrift		
Telefon	Festnetz:	Mobil:
E-Mail		

Ich erhalte aktuell Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (EGH) in ...

- einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)
Name der WfbM:
- Tagesförderstätte für Menschen mit Behinderung (TaFö)
Name der TaFö:
- Teilstationäre Einrichtung der EGH
Name der Einrichtung:

Eine Notbetreuung ist wochentags _____

in der Zeit von _____ bis _____ Uhr erforderlich.

Die Notbetreuung ist erforderlich, ...

- weil ich alleine in einer Wohnung lebe und wochentags keine Leistungen der Sozialen Teilhabe erhalte (Ambulante Assistenz) und ich selbst nicht in der Lage bin, meinen Alltag selbstständig zu bewältigen,

bzw. da meine Angehörigen

- Beschäftigte/r im Gesundheitsbereich, medizinischen Bereich, pflegerischen Bereich (Altenhilfe, stationäre Eingliederungshilfe, stationäre Jugendhilfe)
- Beschäftigte/r im Bereich der Polizei, des Rettungsdienstes, des Katastrophenschutzes, der Feuerwehr
- Beschäftigte/r im Vollzugsbereich einschließlich Jugendvollzug, Maßregelvollzug und vergleichbaren Bereichen
- Beschäftigte/r zur Aufrechterhaltung der Staats- und Regierungsfunktionen

sind.

Meine Angehörigen sind beschäftigt bei

(Arbeitgeber)

- Es liegt ein besonderer Härtefall vor (schriftliche Begründung und Nachweise): _____

Ich/wir bestätige(n), die Richtigkeit meiner/unsere(r) Angaben.

Osnabrück, den

Unterschriften des Leistungsberechtigten oder seiner gesetzlichen Vertretung