

## Antrag auf Unterstützungsleistungen aus dem Sozialfonds der Hannoverschen Solidarwerkstatt e.V.

### 1. Daten der Antragstellerin / des Antragstellers

Frau      Herr

\_\_\_\_\_

(Titel)

\_\_\_\_\_

(Name)

\_\_\_\_\_

(Vorname)

\_\_\_\_\_

(Geburtsdatum)

#### wohnhaft in:

\_\_\_\_\_

(Straße, Nr.)

\_\_\_\_\_

(PLZ)

\_\_\_\_\_

(Ort)

\_\_\_\_\_

(Land, falls nicht D)

\_\_\_\_\_

(Telefon)

\_\_\_\_\_

(E-Mail-Adresse)

### 2. Daten der Mitgliedseinrichtung (Schule, Kindergarten etc.) der Hannoverschen Solidarwerkstatt e.V.

\_\_\_\_\_

(Name der Einrichtung)

\_\_\_\_\_

(Straße, Nr.)

\_\_\_\_\_

(PLZ)

\_\_\_\_\_

(Ort)

\_\_\_\_\_

(Telefon)

\_\_\_\_\_

(E-Mail-Adresse)

### 3. Die Antragsberechtigung auf Leistungen des Sozialfonds ist gegeben durch:

Mitgliedschaft der Einrichtung im Sozialfonds der Hannoverschen Solidarwerkstatt e.V.

erweiterter Personenkreis gemäß § 5 Nr. 2 der Ordnung für den Beirat Waldorf-Versorgungswerk und den Sozialfonds der Hannoverschen Solidarwerkstatt e.V.

### 4. Bitte beschreiben Sie ausführlich die Gründe für Ihren Antrag. Bei Bedarf können Sie ein separates Blatt verwenden.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auf Grund welcher Diagnose(n) wurde ärztlicherseits eine unterstützende Maßnahme empfohlen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Länge der Maßnahme empfiehlt Ihr/e Arzt/Ärztin?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In welcher Einrichtung möchten Sie die Maßnahme durchführen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In Einzelfällen ist eine Bezuschussung der Maßnahme durch Ihre gesetzliche Krankenkasse möglich. Bitte teilen Sie uns hierfür mit, bei welcher Krankenkasse Sie versichert sind:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Weiter auf der Rückseite**

<sup>1</sup> Um der Vielfalt des Lebens und unserer Sprache gerecht zu werden, verwenden wir unterschiedliche Ansprachen und Formen: weibliche, männliche, inklusive, generische.

