

Absender:

Antragsrückgabe bis:

01.Oktober 2025

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und leserlich aus!

Aktionsgemeinschaft zur Förderung
Behinderter u. Benachteiligter Neumünster e.V.
Am Blöckenkamp 54
24536 Neumünster



Antrag:

- Antrag für junge Menschen bei vorliegender Diagnostik, die dem Personenkreis gem. §35a SGB VIII zugeordnet sind
- Antrag auf besondere Einzelunterstützung oder bei akuter unverschuldeter persönlicher Notlage

Hiermit beantrage ich für folgende Familie die Unterstützung

Erziehungsberechtigter
(Vorname, Name)

Anschrift
(Straße und Hausnummer)

Telefonnummer

Vorname, Name

Alter

1. Kind

2. Kind

3. Kind

(bei mehr als 3 Kindern verwenden Sie bitte die Rückseite)

„Deutschsprachige(r) Ansprechpartnerin“ (falls erforderlich):

(Name)

(tel. Erreichbarkeit)

Es wird um folgende Sachleistung gebeten:

Kurze Darstellung der wirtschaftlichen/sozialen Situationen der Familie:

Einkünfte der Familie:

Grundsicherungsleistung
(Bürgergeld/ALG/Wohngeld/etc.)

Arbeitseinkommen
in Höhe

Name d. Antragstellenden d. Institution

Telefonische Erreichbarkeit für Nachfragen

Neumünster, den

(Unterschrift Antragsteller/in)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und gebe mein Einverständnis für die Weitergabe der personenbezogenen Daten

Neumünster, den

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)