

Anlage III

Antrag auf Gewährung von Familienpflege

für

Name, Vorname

Wohnanschrift (PLZ, Ort, Str.Nr.)

Eingangsstempel

Anlage II

Besondere Angaben über den/die Minderjährige(n):

Inhaber der elterlichen Sorge sind / ist:

Folgende Personen leben mit mir / uns in Haushaltsgemeinschaft:

	Person 1	Person 2	Person 3
Name			
Vorname			
Geburtstag			
Geburtsort			
Familienstand			

Begründung:

Erklärung:

Die Angaben habe ich/haben wir nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir wegen wissentlich falscher Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

Für die Dauer der Hilfe trete ich/treten wir evtl. Leistungen der Krankenkasse (Familienpflege) an den Kreis Lippe ab.

Ort / Datum

Unterschrift Träger

Unterschrift des Antragstellers

Anlage III

Stellungnahme des Dienstes _____

Art der Leistung (Qualifikation des erforderlichen Personals): <input type="checkbox"/> Familienpflegehelferin <input type="checkbox"/> Familienhelferin
Voraussichtliche Dauer
Umfang der Hilfe (Stunden pro Tag oder Woche)

Datum _____

Dienst _____

Unterschrift

Bewilligung der Familienpflege durch den Kreis Lippe _____

Die Hilfe wird für die Zeit vom _____ bis zum _____ (spätestens bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die gesundheitlichen oder anderen zwingenden Gründen des Ausfalls des Elternteils bezüglich der Betreuung und Versorgung des Kindes entfallen) bewilligt.

Die Hilfe umfasst einen wöchentlichen Umfang von maximal _____ Stunden.

Eine Verlängerung der Hilfe oder auch Veränderung des Stundenumfanges bedarf einer erneuten Bewilligung.

Datum _____

Kreis Lippe,
der Landrat
Im Auftrage

Unterschrift

Anlage III

Mitteilung des Dienstes

Der Hilfebedarf besteht über den Zeitpunkt der vorstehenden Bewilligung hinaus bzw. der Umfang der Hilfe im bewilligten Zeitraum ist nicht ausreichend

Begründung (Zeitraum und Umfang):

Datum _____

Dienst _____

Unterschrift

Bewilligung der Familienpflege durch den Kreis Lippe _____

Die Hilfe wird für die Zeit vom _____ bis zum _____ (spätestens bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die gesundheitlichen oder anderen zwingenden Gründen des Ausfalls des Elternteils bezüglich der Betreuung und Versorgung des Kindes entfallen) bewilligt.

Die Hilfe umfasst einen wöchentlichen Umfang von maximal _____ Stunden.

Eine Verlängerung der Hilfe oder auch Veränderung des Stundenumfanges bedarf einer erneuten Bewilligung.

Datum _____

Kreis Lippe,
der Landrat
Im Auftrage

Unterschrift