

Leistungsberechtigte(r)	Name	Vorname	Anschrift
Mutter	Name	Vorname	Anschrift
Vater	Name	Vorname	Anschrift

Einverständniserklärung

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche gemäß § 35 a SGB VIII

Hiermit erkläre(n) ich mich/wir uns damit einverstanden, dass das Kreisjugendamt Kleve zur Ermittlung und Auswahl der notwendigen Hilfen die vorhandenen Unterlagen bezüglich des Antrages auf Gewährung von Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche anderen Stellen und Personen, wie z. B. Ärzten, Therapeuten und Betreuer zuleiten darf. Insbesondere entbinde(n) ich/wir diese Stellen oder auch diesen Personenkreis von der Schweigepflicht.

Ort:

Datum:

[Signaturenfeld]

(Unterschrift der/des handlungsfähigen Jugendlichen)

[Signaturenfeld]

(Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter)

[Signaturenfeld]

(Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters)