

Magistrat der Stadt Bremerhaven
Sozialamt
Postfach 21 03 60
27524 Bremerhaven

Datum:

Antrag auf Übernahme der Kosten für die Eingliederungshilfe
gem. § 113 u. § 78 SGB IX

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich beantrage hiermit die Übernahme der Kosten für
Leistungen zur Sozialen Teilhabe.

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich hoffe auf einen positiven Bescheid und danke Ihnen für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen
