

An

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Soziale Teilhabe für Kinder und Jugendliche
Warendorfer Str. 25
48145 Münster

Mitteilung über das Ergebnis der Eingangsdiagnostik im Rahmen der solitären Frühförderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit teile ich Ihnen mit, dass für das unten angegebene Kind eine Eingangsdiagnostik durchgeführt wurde. Die Diagnostik ergibt **keine Notwendigkeit einer heilpädagogischen Entwicklungsförderung** im Rahmen der Frühförderung. Die **Diagnostik** ist in der Anlage beigefügt.

Die Notwendigkeit zur Eingangsdiagnostik ergab sich aufgrund der beigefügten **ärztlichen Bescheinigung**.

Frühförderstelle in der die Eingangsdiagnostik durchgeführt wurde:

| | |
|--------------------------------------|--|
| LWL-Aktenzeichen (sofern bekannt) | |
| Bezeichnung | |
| Anschrift | |
| Straße, Hausnr. | |
| Postleitzahl | |
| Ort | |

Zur Eingangsdiagnostik vorgestelltes Kind:

| | |
|----------------------|--|
| Anrede | |
| Nachname | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Staatsangehörigkeit | |
| Wohnanschrift | |
| Straße, Hausnr. | |
| Postleitzahl | |
| Ort | |

Personensorgeberechtigte für das oben angegebene Kind:

| | | |
|----------------------|--|--|
| Anrede | | |
| Nachname | | |
| Vorname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Staatsangehörigkeit | | |
| Wohnanschrift | | |
| Straße, Hausnr. | | |
| Postleitzahl | | |
| Ort | | |
| Kontaktdaten | | |
| Telefonnummer | | |
| Mobilfunk | | |
| E-Mail | | |

Hinweise für Personensorgeberechtigte:

Über das Ergebnis der Eingangsdagnostik

- bin ich informiert worden und stimme ihm zu
- bin ich informiert worden und stimme ihm **nicht** zu

Sollte es einen Beratungsbedarf hinsichtlich anderer Hilfeangebote geben, wenden Sie sich bitte an den/die für Sie zuständige/n Hilfeplaner*in beim LWL.

Ihre regionale Ansprechperson finden Sie auf www.soziale-teilhabe-kiju.lwl.org

Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte

Freundliche Grüße

Datum, Unterschrift Vertreter solitäre Frühförderstelle