

BESCHEINIGUNG

(Mustervorlage 1)

Hiermit wird bestätigt, dass _____

Herr / Frau _____

Name _____

Strasse _____

PLZ / Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Zum Personenkreis des §39 Bundessozialhilfegesetzes gehört, und eine Frühförderstelle / Frühberatungsstelle besucht bzw. von ihr betreut oder beraten wird.

Behandelnder Arzt Ort, Datum, Praxisstempel

Förderstelle Ort, Datum, Stempel