

## Antrag beim Inklusionsfonds

---

### Antragstellende Institution (Pfarrei/Verband/Einrichtung):

Name Institution: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### Ansprechperson für den Antrag:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Assistenz für folgenden Anlass:

Wofür? Titel Veranstaltung/Gottesdienst/Beerdigung etc.?

\_\_\_\_\_

### Wer benötigt die Assistenz?

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

### Wann?

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Bei mehreren Terminen:

a. Dauer der Veranstaltungsreihe: Datum von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

b. Bei mehreren Terminen (z.B. Elternabend Erstkommunion, Vorgespräch Taufe/Beerdigung, Kursangebot)  
bitte alle Termine auflisten (jeweils mit Uhrzeit).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wo?**

Kirche, Friedhof, Veranstaltungsraum (genaue Adresse): \_\_\_\_\_

**Art der Assistenz:**

- ☐ Gebärdensprachdolmetschende Person  
☐ Taubblinden-Assistenz  
☐ Assistenz

**Daten der Assistenz:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

ggf. Träger: \_\_\_\_\_

- ☐ Hilfe bei der Suche einer Assistenz wird benötigt

**Kosten:**

Bei der Assistenz handelt es sich um *(sofern bekannt, bitte angeben)*

- ☐ qualifizierte Assistenz (Fachkraft)  
☐ Begleitperson (Nicht-Fachkraft)

**Ungefähre Kosten der Assistenz insgesamt:** \_\_\_\_\_

Bitte Kostenaufstellung als Anlage beifügen (z.B. Honorar, Fahrt/Unterkunft/Verpflegung)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift im Auftrag der antragstellenden Institution: \_\_\_\_\_



*(mit Stempel):*

**bei Fragen:**

Referat Inklusion – Generationen

Tel: 0761/ 5144 – 265

ig@seelsorgeamt-freiburg.de