

.....
Name Ort Datum

.....
Straße

.....
PLZ Wohnort

Zuständiges Sozialamt/Jugendamt:

.....
.....
.....
Antrag auf Übernahme der Kosten für die
Behandlung durch das Autismus-Therapie-
Zentrum

Träger der Einrichtung:

autismus Ostwestfalen-Lippe e.V.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich beantrage für mich die Kostenübernahme der ambulanten heilpädagogischen, therapeutischen Behandlung aufgrund meiner Behinderung bzw. der Bedrohung dadurch, einschließlich der anfallenden Fahrtkosten.

.....
Vorname Zuname Geb.-Datum Geburtsort

.....
Straße PLZ Wohnort Staatsangehörigkeit

Diagnose:

Ich bitte um Übernahme der Therapiekosten im Rahmen der §§ 53, 54 SGB XII im Rahmen der Eingliederungshilfe/ § 35 a SGB VIII. Sofern eine sofortige Bewilligung nicht möglich ist, bitte ich um Gewährung von vorläufigen Hilfeleistungen gemäß § 43 SGB I und § 14 SGB IX.

Ich bin durch in der Krankenkasse

.....
Name der Kasse PLZ Ort Straße
pflicht-/privat-versichert.

Bitte gegebenenfalls ausfüllen:

Ich bin Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes.
Die Anschrift der Beihilfestelle lautet:

.....
Die Behandlung soll _____ Therapiestunden pro Woche umfassen und sofort aufgenommen werden.

.....
Unterschrift (Unterschrift des gesetzl.
Betreuers)

Anlagen: psychologische Stellungnahme, Kostenvoranschlag, Informationsblatt