

.....  
Name (Vor- und Zuname) Ort Datum

.....  
Straße

.....  
PLZ Wohnort

.....  
Telefon-Nr.

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 die Kostenübernahme der ambulanten heilpädagogischen, therapeutischen  
Behandlung meines behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes, einschließlich der  
anfallenden Fahrtkosten.

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

.....  
Straße PLZ Wohnort Staatsangehörigkeit

**Diagnose:**

Ich/ wir bitten 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,  
bitten wir um Gewährung von vorläufigen Hilfeleistungen gemäß § 43 SGB I und § 14 SGB IX.

Das Kind ist 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

Anlagen: psychologische Stellungnahme, Kostenvoranschlag, Informationsblatt