

**Antrag auf Übernahme von Kosten im Rahmen der Eingliederungshilfe  
 gem. § 35 a SGB VIII für eine Legasthenie-/Dyskalkulie-Therapie**

	des hilfsbedürftigen Kindes	der Mutter	des Vaters
<b>Familienname</b>			
<b>Vorname</b>			
<b>Geburtsdatum</b>			
<b>Geburtsort</b>			
<b>Staatsangehörigkeit</b>			
<b>in Deutschland seit</b>			
<b>Familienstand</b>	<input type="radio"/> nicht ehelich <input type="radio"/> ehelich	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> getrennt lebend	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> getrennt lebend
<b>Inhaber der elterlichen Sorge</b>		<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> beide <input type="radio"/> Vater Bei alleinigem Sorgerecht ist eine aktuelle <b>Negativbescheinigung (nicht älter als ein ½ Jahr)</b> beizufügen	
<b>Geschwister / geb.</b>			
<b>PLZ, Wohnort</b>			
<b>Straße, Haus-Nr.</b>			
<b>Telefon</b>			
<b>E-Mail</b>			
<b>Beruf</b>			
<b>Arbeitgeber</b>			
<b>Krankenkasse</b>			
<b>Behinderungen (welcher Art?)</b>	<input type="radio"/> ja                      % <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja                      % <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja                      % <input type="radio"/> nein
<b>Schule</b>			
<b>Klasse</b>			

**Erklärung:**

Ich/Wir versicher(e)n, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und keine Angaben verschwiegen werden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n).

Mit der Weitergabe von Antragsunterlagen (u. a. Atteste und Gutachten) an den Schulpsychologen bin ich/sind wir einverstanden.

Mit der Weitergabe von Attesten und Gutachten an die Krankenkasse/Beihilfestelle bin ich/sind wir einverstanden.

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns hiermit einverstanden, dass die Schule Informationen über meine/unsere Tochter, bzw. meinen/unseren Sohn an das Amt für Jugend und Familie Freising weitergibt, die im Zusammenhang mit der Legasthenie-Therapie, bzw. Dyskalkulie-Therapie erforderlich sind.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift beider Eltern, bzw. des/der Sorgeberechtigten