
(Name, Vorname)

(Telefonnummer)

(Straße, Hausnr.)

(E-Mail-Adresse)

(PLZ, Wohnort)

**Antrag auf Kostenübernahme für Autismustherapie
im Rahmen der Eingliederungshilfe
zur Vorlage beim Amt für Soziales und Wohnen**

Hiermit beantrage ich / beantragen wir für unser Kind, _____,

geboren am: _____, die Übernahme der Kosten für eine Autismustherapie im

(Name des Anbieters der Autismustherapie)

Warum wird die Autismustherapie für mein Kind benötigt?

Bei meinem Kind liegt folgende Art der Behinderung vor:

- körperliche geistige seelische

Haben Sie bereits bei einer anderen Stelle einen Antrag auf Autismustherapie oder Eingliederungshilfe gestellt?

Nein

Ja Wo: _____ Wann: _____

Mein Kind erhält bereits Leistungen der Eingliederungshilfe:

Nein

Ja

Welche Leistung(en): _____

Wer hat die Leistungen bewilligt: _____

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r des Kindes)