

## **Antrag auf Übernahme der Kosten einer Dyskalkulietherapie gemäß § 35 a Sozialgesetz- buch (SGB) VIII**

*(Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte oder Kinder und  
Jugendliche, die von einer solchen Behinderung bedroht sind)*

### **1. Eltern/Sorgeberechtigte:**

Mutter: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geb.-Datum Staatsangehörigkeit

Vater: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geb.-Datum Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Anschrift

### **2. Kind, für das die Hilfe beantragt wird:**

\_\_\_\_\_  
Name, Geburtsdatum

Eltern verheiratet:

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Anschrift

### **3. Folgende Schule wird derzeit besucht:**

\_\_\_\_\_  
Klasse: \_\_\_\_\_

Klassenlehrerin/Klassenlehrer: \_\_\_\_\_

### **4. a) Folgende Hilfsmöglichkeiten/Förderkurse werden von der Schule ange- boten:**

b) Unser/Mein Kind nimmt an diesen Angeboten teil:  Ja  Nein  
(Falls nein, Begründung; ggf. auf Rückseite)

\_\_\_\_\_

5. Eine Untersuchung zur Feststellung der Legasthenie und Dyskalkulie hat am \_\_\_\_\_ bei/in

\_\_\_\_\_  
(Name/Anschrift des Untersuchenden)

stattgefunden.

Liegt bereits ein schriftliches Gutachten vor?  Ja  Nein  
(Falls ja, bitte beifügen)

6. a) Die Dyskalkulietherapie soll durchgeführt werden von:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

b) Mit der Therapie wurde bereits begonnen:  Ja, seit \_\_\_\_\_  
 Nein

c) Art der Therapie:  Einzeltherapie  
 Gruppentherapie

Wir nehmen/Ich nehme zustimmend zur Kenntnis, dass der Fachbereich Familie, Jugend und Soziales des Landkreises Marburg-Biedenkopf den Schulpsychologischen Dienst des Staatlichen Schulamtes sowie die Erziehungsberatungsstelle Marburg (falls kein ausreichendes fachärztliches Gutachten vorliegt) um Stellungnahme zum Antrag bittet. Wir sind/Ich bin ggf. bereit, einen entsprechenden Termin mit der Erziehungsberatungsstelle zu vereinbaren und unser/mein Kind dort zur Untersuchung vorzustellen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift