

Antrag auf Übernahme der Kosten einer Legasthenietherapie 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 Legasthenietherapie 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