

Vorname Name (Mutter)  
Vorname Name (Vater)  
Straße Hausnummer  
Postleitzahl Ort

Jugendamt Ort  
Straße Hausnummer  
Postleitzahl Ort

Ort, Datum

**Antrag auf Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII für Vorname Name (Kind),  
geboren am Datum**

Sehr geehrte Fachkräfte des Jugendamts Ort,

hiermit beantragen wir Vorname Name (Vater) und Vorname Name (Mutter) als  
sorgeberechtigte Vertreter unseres Sohnes/unsere Tochter Name Vorname, geboren am  
Datum, Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII in Form von  
Lerntherapie/Schulbegleitung.

### **Begründung:**

Bei unserem Sohn/unsere Tochter wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnose Diagnose-Code nach dem ICD-10

Diagnose Diagnose-Code nach dem ICD-10

Die Diagnosen werden auch noch mindestens 6 Monate lang weiterbestehen.

Beleg: Fachliche Stellungnahme von Titel Vorname Nachname,

- Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ –therapeut
- Psychotherapeutin/Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen
- Ärztin/Arzt oder psychologische Psychotherapeutin/psychologischer Psychotherapeut mit besonderen Erfahrungen zu seelischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen

[Richtige Qualifikation auswählen]

Unser Sohn/unsere Tochter hat dadurch folgende Probleme in der Schule:

[Hier Probleme erklären, die im Unterricht, in den Pausen, bei Schulausflügen, bei Klassenfahrten und bei sonstigen Schulveranstaltungen auftreten. Eingehen auf Probleme mit Mitschülerinnen und Mitschülern, Lehrkräften, Arbeitsorganisation, Fokussierung auf den Unterricht... ]

Wir bitten um Eingangsbestätigung auf anliegender Kopie dieses Schreibens.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Mutter, Unterschrift Vater

Autoren und Herausgeber übernehmen keine Haftung für die Angaben in diesem Formular.