



Autismus-Therapie-Zentrum  
Mönchengladbach e.K.

## Verbindliche Anmeldung für das Sozialkompetenztraining in der Gruppe

Ich/Wir möchte/n mein/unser Kind \_\_\_\_\_  
zum Sozialkompetenztraining in der Gruppe verbindlich anmelden.

Die Gruppenangebote werden fortlaufend im wöchentlichen Rhythmus durchgeführt. Ein Turnus umfasst 10 Einheiten. Dies ist auch der Mindestteilnahmezeitraum, erst danach kann die Teilnahme gekündigt werden. Ansonsten verlängert sich die Anmeldung automatisch um 10 weitere Einheiten.

**Preis des Kurses:** 10 Einheiten à 1½ Stunden à 35,00 EURO = 350,00 EURO

Das Gruppenangebot findet in den Räumen des ATZ Mönchengladbach e.K., Heinz-Nixdorf-Str. 18, 41179 Mönchengladbach statt. **Bitte kreuzen Sie den entsprechenden Kurs an:**

- 6–10-Jährige:** freitags von 15:00 bis 17:00 Uhr
- 11–14-Jährige:** mittwochs von 16:45 bis 18:15 Uhr

### Persönliche Angaben:

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen Name d. Eltern/gesetzlichen Betreuers: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer(n): \_\_\_\_\_

Krankenkasse, Name und Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Eltern / gesetzlichen Betreuers

▶▶▶▶▶  
**Bitte wenden!**

Wenn in der Gruppe noch Kapazitäten frei sind, werden wir uns baldmöglichst zurückmelden und Ihre Anmeldung bestätigen. Wir bitten Sie um Verständnis, dass ab diesem Zeitpunkt die Anmeldung für beide Seiten verbindlich wird.

Mit der Anmeldung ist das Angebot für die gesamte Laufzeit (10 Einheiten à 1½ Stunden) gebucht. Die Abrechnung der erbrachten Leistung kann über die Krankenkasse erfolgen, sofern der Pflegegrad 2 beantragt ist. Am Ende des Angebots wird Ihnen die Leistung in Rechnung gestellt, die Sie mit der Pflegekasse abrechnen können.

Durch das ATZ verursachte Ausfälle werden selbstverständlich nicht in Rechnung gestellt.

Mir ist bekannt, dass ich für die entsprechenden Anträge an die Pflegekasse sowie die Überwachung der entsprechenden Budgets selbst verantwortlich bin und erkläre mich einverstanden, Beträge, die wegen Überschreitung von Budgets, fehlender Anträge oder Berechtigungen nicht von der Kasse erstattet werden, selbst zu zahlen. Damit dies nicht passiert, empfehlen wir Ihnen, sich bei der Pflegekasse beraten zu lassen.

# Abtretungserklärung zusätzliche Betreuungsleistungen

(Sozialkompetenztraining in der Gruppe)

**Hiermit trete ich**

.....  
(Versicherte/Versicherter)

.....  
(Adresse, Geburtsdatum)

.....  
(Krankenkasse, Versichertennummer)

**meinen Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag gem. 45b SGB XI für bereits in Anspruch genommene und zukünftige zusätzliche Betreuungsleistungen aus dem Betreuungsvertrag mit dem Leistungserbringer**

ATZ Autismus-Therapie-Zentrum Mönchengladbach e.K.  
Heinz-Nixdorf-Str. 18, 41179 Mönchengladbach

**bis auf Widerruf an den Leistungserbringer ab.**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift Versicherte/r)

**Das ATZ Mönchengladbach e.K. nimmt die Abtretung an und ist zur Abtretung an ein Abrechnungszentrum berechtigt.**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift Leistungserbringer)