



**Autismus-Therapie-Zentrum  
Mönchengladbach e.K.**

Heinz-Nixdorf-Str. 18  
41179 Mönchengladbach

Telefon: 02161 – 27762-30  
Telefax: 02161 – 27762-31

E-Mail: [info@atz-mg.de](mailto:info@atz-mg.de)  
Web: [www.atz-mg.de](http://www.atz-mg.de)

Antrag auf Übernahme der Kosten für eine Inklusionsassistenz beim  
**ATZ Autismus – Therapie – Zentrum Mönchengladbach e. K.**, Heinz-Nixdorf-Str. 18,  
41179 Mönchengladbach, Tel. 02161 – 27762-30, Fax 02161 – 27762-31

(zur Vorlage bei dem Leistungsträger)

Betrifft: Fachleistung für \_\_\_\_\_

Die obengenannte Person soll beim ATZ Mönchengladbach eine **Inklusionsassistenz** erhalten.

Ich/wir bitte/n um Übernahme der Fachleistungskosten der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII i.V.m. § 41 SGB VIII Alt. §§ 75, 112 SGB IX Alt. § 113 SGB IX i.V.m. § 79 SGB IX in der zurzeit gültigen Fassung.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte  
oder Antragsteller\*in