

Hier können Sie einen Antrag auf Teil- oder Vollfinanzierung eines Therapieplatzes für Ihr Kind stellen.

- Wurde bei Ihrem Kind eine Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche festgestellt?
- Hat das Jugendamt Ihren Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 35 a KJHG abgelehnt?
- Gehören Sie zum Kreis der sozial schwächeren Familien?

Wenn diese drei Faktoren zutreffen, haben Sie und Ihr Kind gute Voraussetzungen für die Teil- oder Vollfinanzierung eines Therapieplatzes durch den Chancenverband.

Der Verein wird sich bemühen, Ihrem Kind zeitnah einen wohnortgünstigen Therapieplatz zu ermöglichen.

Ludwig-Eckes-Allee 6  
55268 Nieder-Olm

Kontakt-Telefon:  
061 36 – 8 1472 72

[info@chancenverband.de](mailto:info@chancenverband.de)  
Fax: 061 36 – 95 48 95

VR 41186

**Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular und die nötigen Unterlagen per Post oder per Fax zu.**

## Antrag auf Finanzierungshilfe

- für eine Legasthenietherapie       für eine Dyskalkulietherapie  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

### 1. Erziehungsberechtigter/e

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### 2. Informationen zu dem betroffenen Kind

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schule/Schulart: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Legasthenie- oder Dyskalkulie-Testung durch: \_\_\_\_\_  
(bitte Bescheinigung des Arztes beifügen)

Ablehnung der Förderung durch das Jugendamt nach § 35 a KJHG oder längere Wartezeit bis zum Entscheid  
(Bitte Bescheinigung des Jugendamts beifügen)

**weiter auf Seite 2**

Ludwig-Eckes-Allee 6  
55268 Nieder-Olm

Kontakt-Telefon:  
061 36 – 8 1472 72

[info@chancenverband.de](mailto:info@chancenverband.de)  
Fax: 061 36 – 95 48 95

VR 41186

**3. Familienstatus und finanzielle Situation des/der Erziehungsberechtigten**

verheiratet    geschieden    allein erziehend

sonstiger Status: \_\_\_\_\_

(Zwei Antworten möglich)

Jahres-Nettoeinkünfte: \_\_\_\_\_

(Bitte Bescheinigung des Finanzamtes bzw. Sozialamtes beifügen)

**4. Situation des betroffenen Kindes**

Bitte schildern Sie, warum Ihnen an einer Legasthenie- oder Dyskalkulietherapie Ihres Kindes gelegen ist und was Sie sich für Ihre Familie und Ihr Kind davon versprechen:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Antragssteller)

**Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular und die nötigen Unterlagen per Post oder per Fax zu.**