Absender:

An:

Vorab per Fax:*
Per Einschreiben*

Lübeck,

Antrag auf Eingliederungshilfe nach §§ 90 ff. SGB IX (Fassung ab dem 01.01.2020) / Diagnose:

Sehr geehrte Damen und Herren,
aufgrund o.g. Diagnose beantrage(n) ich/wir hiermit für _____

_____, geb. _____,

wohnhaft in _____

Leistungen der Eingliederungshilfe ab _____.

Erbracht werden sollen die Leistungen vom Autismus Institut Lübeck (Travemünder Allee 30, 23568 Lübeck, www.autismus-institut-luebeck, info@autismus-institut-luebeck.de) Träger autismus Elbe-Trave e.V. (o.a. Anschrift, www.autismus-elbe-trave.de, info@autismus-elbe-trave.de).

Es wird um einen schriftlichen Bescheid gebeten.
Sollten Sie nicht zuständig sein, bitte(n) ich/wir unter Hinweis auf § 16 Abs. 2 SGB I um unverzügliche Weiterleitung des Antrags an den zuständigen Leistungsträger sowie eine Information über die Weiterleitung an meine Adresse.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlage: