

(Adresse)

An die  
Bezirkshauptmannschaft  
Stadt Graz, Amt für Jugend und Familie

Ort, Datum

## ANTRAG

auf Gewährung eines Kostenzuschusses im Rahmen der Präventivhilfen gemäß § 14 StKJHG-DVO  
für

Psychotherapie gemäß § 16 StKJHG-DVO

Psychologische Behandlung gemäß § 17 StKJHG-DVO

Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung gemäß § 18 StKJHG-DVO

Betreuung bei Trennungserlebnissen gemäß § 19 StKJHG-DVO

Betreuung bei Verlusterlebnissen gemäß § 19 StKJHG-DVO

Mutter-Kind-Wohnmöglichkeit gemäß § 20 StKJHG-DVO

für  das Kind/die/den Jugendliche/n, Name: \_\_\_\_\_, Geb. Datum: \_\_\_\_\_, Adresse:

### Angabe zu den Eltern (zu den zivilrechtlich zum Unterhalt Verpflichteten):

#### Mutter:

Name: \_\_\_\_\_, geboren: \_\_\_\_\_, Anschrift: \_\_\_\_\_

#### Vater:

Name: \_\_\_\_\_, geboren: \_\_\_\_\_, Anschrift: \_\_\_\_\_

Bei Inanspruchnahme einer Psychotherapie/Psychologischen Behandlung verpflichte/n ich/wir mich/uns, aktiv an mindestens 1/5 der Therapie-/Behandlungseinheiten zu beteiligen.

### **Anweisung des Kostenzuschusses nach Vorlage von Rechnung und Zahlungsbeleg auf das Konto**

KontoinhaberIn:  
IBAN  
Bankinstitut  
BIC

1. Für das Kind, die/den Jugendliche/n wurden in den letzten 3 Monaten soziale Leistungen von einer anderen Bezirkshauptmannschaft/Stadt Graz bezogen. Ja  Nein

2. In den letzten 3 Monaten hat sich der Hauptwohnsitz/der gewöhnliche Aufenthalt geändert. Ja  Nein

Dem Antrag auf Kostenzuschuss sind folgende Unterlagen angeschlossen:

Bestätigung über die Kostenbeteiligung des Sozial- bzw. Krankenversicherungsträgers

Therapieplan der/des Psychotherapeutin/en samt Beilage zum Antrag auf Kostenzuschuss

Beilage zum Antrag auf Gewährung eines Kostenzuschusses für das 2. Behandlungsjahr für Psychotherapie

Beilage zum Antrag auf Psychologische Behandlung samt Therapieplan der/des zur selbstständigen Berufsausübung berechnigte/n PsychologIn

Unterschrift der/des Antragstellerin/s:

Ort , am

---