



Kinderschicksale Mittelfranken e. V.

Kinderschicksale Mittelfranken e. V.,
An der Schnürleinsmühle 25, 91781 Weißenburg

1.Vorsitzende:

Cristine Wägemann

☎ 09141/5370

Fax 09141/81093

E-mail: info@kinderschicksale.de

www.kinderschicksale.de

Therapieantrag

Name des Kindes:

Gewünschte Therapie/Maßnahme/Hilfsmittel:

.....

Therapiebeginn:

Häufigkeit (pro Woche/Monat):

Kosten pro Therapieeinheit:

Name und Anschrift der Therapieeinrichtung:

.....

Unterschrift der Eltern: **Antragsdatum:**

(wird von Kinderschicksale ausgefüllt):

Genehmigte Therapie/Maßnahme/Hilfsmittel:

Genehmigter Therapiezeitraum:

Therapiekosten:

Kostenübernahme von Kinderschicksale:

Selbstkostenanteil des Antragstellers:

Genehmigt, Datum:

Bitte nicht vergessen:

Stellen Sie bitte **4 Wochen vor** dem letzten genehmigten Therapietermin einen **neuen Antrag** für eine weitere Fortführung der Therapie bei Kinderschicksale Mittelfranken e.V.

Die Therapien werden ohne Neuantrag nicht weiterhin bezahlt!