



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/Maßnahme/Hilfsmittel:

Name/Anschrift der Therapieeinrichtung/Herstellerfirma:

.....

Eventueller Selbstkostenanteil des Antragstellers:

Unterschrift der Eltern: **Datum:**

(wird von Kinderschicksale ausgefüllt):

Genehmigte Therapie/Maßnahme/Hilfsmittel:

Genehmigter Zeitraum:

Therapie-/Hilfsmittelkosten:

Selbstkostenanteil des Antragstellers:

Kostenübernahme von Kinderschicksale:

Datum/Genehmigt:

Bitte nicht vergessen:

Bitte **4 Wochen vor** dem letzten genehmigten Therapietermin einen **neuen Antrag** für weitere Fortführung der Therapie bei Kinderschicksale Mittelfranken e.V. stellen.

Die Therapien werden ohne Neuantrag nicht weiterhin bezahlt!