_____

Ort, Datum

_____

_____

_____

_____

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
48133 Münster

Antrag auf Kostenübernahme für Autismustherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich _____, geboren am _____, die **Kostenübernahme für eine autismusspezifische Therapie** im Autismus-Therapie-Zentrum am Lebenszentrum Königsborn beantragen.

Ich beantragen die Kostenübernahme für zunächst ein Jahr mit einem flexiblen Stundenkontingent von 96 Stunden.

Anbei sende ich Ihnen den Bericht mit der gesicherten Diagnose aus dem Autismusspektrum zu.

Mit freundlichen Grüßen,