_____

Ort, Datum

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Antrag auf Kostenübernahme für Autismustherapie

Sehr geehrte Frau/ Sehr geehrter Herr _____,

hiermit möchte ich für mein Kind _____, geboren am_____ die Kostenübernahme für eine autismusspezifische Therapie beim Autismus-Therapie-Zentrum im Lebenszentrum Königsborn beantragen. Ich bitte um ein flexibles Stundenkontingent von 96 Stunden für ein Jahr.

Anbei sende ich Ihnen Anlagen zur Diagnostik / Berichte aus Kindergarten; Schule/ Arztberichte / Dokumente zur Pflegestufe / Schwerbehindertenausweis.

Mit freundlichen Grüßen

_____