



Kinderschicksale Mittelfranken e. V.

Kinderschicksale Mittelfranken e. V.,
Neudorf 75, 91788 Pappenheim

Vorsitzende:

Birgid Schwenk

☎ 09149 / 908 49 05

Fax 09149 / 909660

e-mail:

kinderschicksale-mfr@freenet.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!