

Adresse Eltern/Klient/gesetzl. Betreuer

.....
.....
.....

Telefon:

Adresse Kostenträger

.....
.....
.....

Antrag auf Erstattung der Kosten für die Autismustherapie von:

Name, Vorname:

geboren am:

Adresse:

Diagnose:

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei wurde eine Diagnose aus dem Bereich der Autismus-Spektrum-Störungen gestellt. Dies erfordert eine spezielle autismusspezifische Therapie.

Wir beantragen hiermit die Übernahme der Therapiekosten im Rahmen der Teilhabe am sozialen Leben/Teilhabe an einer angemessenen Schulbildung (SGB IX, Teil 2).

Die Therapie soll durch das **Autismus-Therapiezentrum Netphen**, Hauptstraße 31 B, 57250 Netphen, Tel.: 02732-596420, am Standort Netphen oder in einem der weiteren Standorte in Oberberg (Bergneustadt) oder Betzdorf durchgeführt werden.

Diesem Antrag sind beigelegt bzw liegt Ihnen bereits vor

- Die Diagnose gestellt von.....
- Sonstige erforderliche Antragsdokumente
.....
.....

....., den

Mit freundlichen Grüßen

_____ Eltern/Klient/gesetzl. Betreuer _____