Abs.:_____ _____, den_____

_____

_____

An den zuständigen Leistungsträger
_____ (Bitte Name und Adresse des zuständigen

_____ Jugend- oder Sozialamts einfügen)

_____ _____

***Antrag auf Übernahme ambulanter Maßnahmen (Autismus-Therapie)***

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit beantragen wir die Kostenübernahme der von _____ attestierten Therapie für:

_____
(Vorname) (Zuname) (Geburtsdatum)

_____
(PLZ/Wohnort) (Straße)

_____
(Telefon mit Vorwahl)

im Rahmen der uns zustehenden gesetzlichen Eingliederungshilfe. Unser Wahlrecht möchten wir entsprechend der ärztlichen Empfehlung dergestalt ausüben, dass wir die therapeutische Behandlung beim Leistungserbringer Autismus Trier – Therapie gGmbH, Brotstr. 30-31, 54290 Trier in Anspruch nehmen und beantragen die Übernahme in Rechnung gestellten Kosten.

Für die Therapie wird folgender Behandlungsumfang empfohlen:
Erwachsene: 8-13 Therapieeinheiten, Kinder und Jugendliche: 10-12 Therapieeinheiten
KiTa- bzw. Vorschul-Kinder: 12-15 Therapieeinheiten (jeweils monatlich)

Für einen kurzfristigen Leistungsbescheid sind wir Ihnen dankbar. Sollten weitere Information für erforderlich gehalten werden, bitte wir Sie um möglichst umgehende Mitteilung.

_____ _____
(Ort/Datum) (Unterschrift der/des Klienten/in, Personensorgeberechtigten, gesetzliche/ Betreuung)