

Antrag auf Übernahme der Kosten für eine Autismustherapie

in einem Therapiezentrum des Trägers Autismus Bremen e.V.

Name / Vorname:

Geburtsdatum:Geburtsort:

Postleitzahl und Wohnort:

Straße:

ANTRAGSTELLER

Mutter:

(Name/Vorname)

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon/Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse:

Vater:

(Name/Vorname)

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon/Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse:

**Ich/wir beantrage(n) für die erforderliche Therapie unseres autistischen Kindes die
Übernahme der Kosten.**

.....
(Datum/Ort

.....
(Unterschrift der Mutter)

.....
(Unterschrift des Vaters)