

Antrag auf Übernahme der Kosten für eine Autismustherapie

in einem Therapiezentrum des Trägers Autismus Bremen e.V.

Name / Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Postleitzahl und Wohnort (1. Wohnsitz):

Straße (1. Wohnsitz):

Krankenkasse
(mit Anschrift):

.....

Gesetzliche/r Betreuer/in

Name/Vorname:

Postleitzahl und Wohnort:

Straße:

Telefon/Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse:

**Ich beantrage für die erforderliche Therapie des oben genannten Betreuten die
Übernahme der Kosten.**

.....
(Datum/Ort

.....
(Unterschrift des gesetzlichen Betreuers)