

Antragsnummer: \_\_\_\_\_



**Pferde Stärken e.V.**  
Verein zur Förderung des  
Therapeutischen Reitens  
www.pferde-staerken.net  
E-Mail: pferde-staerken@gmx.de

Hagäcker 1  
72770 Reutlingen  
Tel: 0179-2247528

Antrag zur Unterstützung Bedürftiger für die Hippotherapie, Psychotherapeutisches Reiten, Reittherapie bzw. Heilpädagogisches Reiten

### 1. Antragsteller

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon Nr.	Verhältnis zur betroffenen Person

### 2. Betroffene Person

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon Nr.	Geburtsdatum

### 3. Art der Beeinträchtigung (Grund der Förderung)

<input type="checkbox"/>	1. körperliche Beeinträchtigung:
<input type="checkbox"/>	2. seelische Beeinträchtigung:
<input type="checkbox"/>	3. geistige Beeinträchtigung:
<input type="checkbox"/>	4. finanzielle Gründe:

### 4. Erklärung zu den monatlichen Nettoeinkünften

(nur erforderlich, wenn Punkt 3.4 als Grund der Förderung zutrifft!)

Art und Höhe der Einkünfte – bitte Kontoauszug eines vergangenen Monats (nicht relevantes schwärzen) als Anlage beifügen
--

### 5. In welcher Höhe ist eine Eigenbeteiligung möglich?

--

€/Therapieeinheit

### 6. Wurde bereits eine Therapie beantragt oder/und abgelehnt?

<input type="checkbox"/> Therapie bereits bei folgendem Kostenträger beantragt (z.B. Krankenkasse, Fördervereine, etc.):
<input type="checkbox"/> noch keine Therapie beantragt bei „Pferde Stärken e.V.“ <input type="checkbox"/> Folgeantrag bei „Pferde Stärken e.V.“

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Antragsnummer: \_\_\_\_\_

## 7. Stellungnahme des behandelnden Arztes

### Empfohlene Therapieform

Begründung warum Hippotherapie, Psychotherapeutisches Reiten bzw. Heilpädagogisches Reiten oder Diagnose nach ICD 10
--

Ort, Datum	Unterschrift des Arztes / Stempel
------------	-----------------------------------

## 8. Therapieverschlagn des behandelnden Therapeuten

Einschätzung der Anzahl/ Dauer/Kosten der Therapiestunden + In Stichpunkten den aufgeführten Therapieplan
Länge und Kosten einer Therapieeinheit: _____ (bspw: 45 min a 60 €)
Anzahl der Therapiestunden:
Gesamtkosten: _____ (bspw: 15 x 60 Euro = 900 Euro)
Therapieplan in Stichpunkten:

Adresse des Therapeuten:	Emailadresse des Therapeuten:
Bankverbindung (Kontoinhaber):	Bankleitzahl <span style="float: right;">Kontonummer</span>

Ort, Datum	Unterschrift des Therapeuten/Stempel
------------	--------------------------------------

Alle Angaben werden nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen behandelt und dienen ausschließlich der Bedürftigkeitsprüfung durch den Verein „Pferde Stärken e.V.“.