

Antragsnummer: _____



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

Brühlstrasse 17
72770 Reutlingen

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 Kontonummer |

| | |
|------------|--------------------------------------|
| 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.“.