

Antragsnummer: _____



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

Brühlstraße 17
72770 Reutlingen

Antrag zur Unterstützung Bedürftiger für pferdegestützte Interventionen (Hippotherapie, Psychotherapeutisches Reiten, Reittherapie und Heilpädagogisches Reiten)

1. Antragssteller*in:

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

2. Betroffene Person:

Name, Vorname	
Strasse, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon Nr.	Geburtstag:

3. Art der Beeinträchtigung

<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 Einkünften

Bitte Seite 2 ausfüllen und eine Kopie des Kontoauszuges des letzten Monats 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: _____

**Gesamtaufstellung der
monatlichen Nettoeinkünfte sämtlicher
im Haushalt der/des Betroffenen lebenden Personen**

Antragsteller:

Betroffene Person:

Anzahl der im Haushalt
lebenden Personen: Erwachsene

..... Kinder (jeweils mit Alter)

Einkommen aus Arbeitsverhältnis und Versorgungsleistungen (z.B. ALG, Wohngeld, Rentenversicherung, Krankengeld etc.) und sonstige Einkünfte:

Kindergeld und eventuelle Unterhaltsleistungen:

Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit obiger Angaben:

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift des Antragstellers)

Antragsnummer: _____

7. Stellungnahme des/der behandelnden Arzt*in und empfohlene Therapieform

Diagnose und Begründung warum Pferdegestützte Intervention (Hippotherapie, Psychotherapeutisches Reiten, Reittherapie bzw. Heilpädagogisches Reiten) sinnvoll ist oder Diagnose nach ICD 10

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes / Stempel

8. Therapievorschlag des/der behandelnden Therapeut*in (darf nicht diagnostizierender Arzt*in sein)

Einschätzung der Anzahl / Dauer / Kosten der Therapie

Therapieplan und Ziele in Stichpunkten:

Kosten:

Name, Adresse, Email und Telefon des/der Therapeut*in:

Ausbildungsnachweis des/der Therapeut*in:

liegt bereits vor

liegt bei

Ort, Datum

Unterschrift des/der Therapeut*in/ Stempel