

Soziale Teilhabe - Leistungen zur Ambulanten Frühförderung

Name des Kindes:

Welcher Leistungserbringer/welche Einrichtung soll die Leistung erbringen?
Name des Leistungserbringers bzw. der Einrichtung:

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

Anschrift der Einrichtung:

Kurze Begründung bzw. nähere Erläuterung zum Antrag / wichtige Bemerkungen (sollte der Platz nicht ausreichen, bitte Rückseite verwenden):

Bitte reichen Sie folgende Anlagen zusätzlich zum Antrag sowie zur Anlage E 3 ein:

- Kopie Schwerbehindertenausweis und Feststellungsbescheid
- Zugehörigkeit einer Krankenkasse (Name der Krankenkasse und Versichertennummer)
- Kopie Bescheid eines Pflegegrads
- Entwicklungstest oder Leistungskurve
- Kopie Kinder-Untersuchungsheft (gelbes Heft)
- Nachweis über derzeit laufende Therapien und ggf. Berichte der Therapeuten (Psycho-, Physio-,
(URWKHUBLH/R&SIGLH\$
\$WKE(QZLFNDHLQFKIWP\$HU.LGHUWE\$VHLLQFKW\$
)EKbUJ WCFKH\$VHU\$S\$VFKR\$UV FKHW\$ KWHR\$GHU\$ZHUW\$QLH
EHKLGHU\$EHGL\$V\$ VBN UIWLVLQ
EHL\$Q\$HU\$RSLH\$K\$K\$V\$HU\$QV

Hinweis:

6ei :c` [eUnhf} [en sinX nif U_hie``e BUW\weise einni feiW\en°