

FÖRDERNACHWEIS

Zeitraum:

Name des Kindes _____ Straße u. Hausnr. _____ Wohnort _____

Kostenübernahme durch _____ Bescheid vom: _____ Für die Zeit vom _____ bis _____

Bei Beginn der Maßnahme: Das offene Beratungsangebot fand am _____ statt.

Es fanden im Zeitraum von bis zusätzlich..... (Anzahl) Behandlungseinheiten Eingangsdiagnostik statt.

Mo- nat	Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Unterschrift der/des Perso- nensorgeberechtigten/ Be- vollmächtigten*
	amb.																																
	mobil																																
	amb.																																
	mobil																																
	amb.																																
	mobil																																

*Der/Die Bevollmächtigte ist nicht der/die behandelnde Therapeut*in.

Die Behandlungstage sind mit diesen Buchstaben zu kennzeichnen:

Elterngespräch = „E“ Elterngruppe = „EG“ Einzelbehandlung am Kind = „K“ Eltern-/Kindbehandlung = „EK“ Gruppenbehandlung (Kinder) = „GK“
„IG“ = Interdisziplinäre Gruppenbehandlung Doppelstunde = „2“
(wird mit 1,5 BEs angesetzt)

Anmerkung: Sollte der interne und/oder externe Austausch abgerechnet werden, bestätigt die Einrichtung mit ihrer Unterschrift die vertraglich vereinbarte Durchführung.

Die Förderung läuft weiter

0 ja 0 notwendiger Förder- und Behandlungsplan folgt / wurde bereits vorgelegt

0 nein Begründung:

Datum _____ Unterschrift: _____