

Antrag auf Zuschuss zur Hippotherapie für Mitglieder der DMSG – Landesverband Berlin e. V.

Mitgliedsnummer

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir bitten Sie deshalb, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen mit dem Antrag zukommen zu lassen.

1 Angaben zur Person

Name		Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Gräfin)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		Telefon	
Adresszusatz	E-Mail		
Postleitzahl	Wohnort, Land		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig		
	<input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert		
	<input type="checkbox"/> alleinstehend mit Kind/-ern im Haushalt		
Haben Sie bereits eine Förderung für Hippotherapie erhalten?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, von		bis	
Therapeanbieter und Anzahl der Therapieeinheiten			

2 Antragstellung durch andere Personen

**Vollmacht oder Beschluss
des Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)	
In der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/> gesetzliche*r Vertreter*in <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer*in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte*r	
Straße, Hausnummer	Telefon
Adresszusatz	E-Mail
Postleitzahl	Wohnort, Land

Antrag auf Zuschuss zur Hippotherapie für Mitglieder der DMSG – Landesverband Berlin e. V.

3 Anbieter Hippotherapie

Nur durch die DMSG – Landesverband Berlin e. V. zugelassene Kooperationspartner. Eine Liste finden Sie auf unserer Website.

Name
Therapieplatz vorhanden? <i>Bitte Bestätigung anfügen.</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4 Ärztliche Verordnung

Name des*der Arzt*in
Ärztliche Verordnung vorhanden? <i>Bitte Kopie mit anfügen.</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4 Einkommenssituation *Angaben sind zu belegen.*

mtl. Haushaltsgesamteinkommen
Wie viele Personen gehören zum Haushalt?
Bezug von ergänzenden Leistungen (z. B. Grundsicherung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5 Besondere zu berücksichtigende Belastung *Angaben sind zu belegen.*

6

Ich versichere hiermit, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine angegebenen Kontaktdaten für die Bearbeitung meines Antrags auf Zuschuss zur Hippotherapie gespeichert und verwendet werden, um mit mir schriftlich, telefonisch oder per E-Mail in Kontakt zu treten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unrichtige Angaben die Aufhebung der Bewilligung nach sich ziehen können.

Folgende Belege liegen dem Antrag bei	
Ort, Datum	Unterschrift / Unterschrift der Partei/Person, die Sie gesetzlich vertritt

Antrag auf Zuschuss zur Hippotherapie für Mitglieder der DMSG – Landesverband Berlin e. V.

Von der DMSG – Landesverband Berlin e. V. auszufüllen

Antrag wird stattgegeben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unterschrift MA DMSG – LV Berlin e. V.
Begründung	