



Arbeitsgemeinschaft für
Probleme bei
Wahrnehmungsstörungen

Gesuch um Kostenbeteiligung für Beratung

Gesuchsteller/in:

Betroffenes Kind / Betroffene/r Erwachsene/r:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Diagnose:

IV Nummer:

bei Kindern:

Name und Vorname der Mutter:

Name und Vorname des Vaters:

Adresse:

Therapeut/in:

APW-Anerkennung als:

Adresse:

gültig bis:

Wohnort:

Kurzbegründung

Datum:

Unterschrift Gesuchsteller/in:

Unterschrift Therapeut/in:

APW-Kostenbeteiligung für Einzelfallberatungen

Die APW bezuschusst die Kosten gemäss den aktuellen Richtlinien für Zuschüsse zu Einzelfallberatungen (zur Zeit max. 6 Stunden à CHF 80.- pro betroffene Person)

Hauptwil, den

Arbeitsgemeinschaft für Probleme bei
Wahrnehmungsstörungen

Brigitte Pastewka, Co-Präsidentin
Ressort Beratungsstellen

Original an Gesuchsteller/in

Kopie und Abrechnungsformular an durchführende/n Therapeut/in