

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Kindes		
geb.am: Geburtsort:		
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Eingliederungshelfeträger:
Anschrift des Kindes:
Straße:
Wohnort:
Seit wann am jetzigen Wohnort:
Staatsangehörigkeit:

## Antrag auf Kostenübernahme / Abrechnungsf formular für das offene Beratungsangebot innerhalb der Komplexleistung Frühförderung

Das **offene Beratungsangebot** richtet sich an Eltern, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind im Vorschulalter vermuten. In Thüringen werden die Kosten für das offene Beratungsangebot **einmalig** pro Kind von den Rehabilitationsträgern übernommen.

1. Welche IFF oder IÜFF führte das Beratungsgespräch durch:	
- Name:	
- Anschrift:	
- Institutionskennzeichen (IK):	
- Telefon, Name des Beraters:	
2. Datum und Uhrzeit der Beratung:	
3. Ergebnis der Beratung:	
4.	
_____	_____
Ort und Datum	Unterschrift der IFF/IÜFF

<b>Erklärung:</b>	
Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n).	
<input type="checkbox"/> Weiterhin wurde bisher kein weiteres offenes Beratungsangebot in einer IFF/IÜFF im Rahmen der Komplexleistung in Anspruch genommen. (einmaliges Beratungsangebot)	
_____	_____
Ort und Datum	Unterschrift der Eltern bzw. der Personensorgeberechtigten