

Hiermit melde ich mich / meinen Angehörigen

Name/Vorname: _____ PLZ/Wohnort: _____
Anschrift: _____ Mobil: _____
Telefon: _____
Geburts-Datum: _____
Ansprech-Partner: _____

für folgende **Frei-Zeit-Gruppen** an:

1.) FD- _____ **und/ oder** 5.) FD- _____
2.) FD- _____ **und/ oder** 6.) FD- _____
3.) FD- _____ **und/ oder** 7.) FD- _____
4.) FD- _____ **und/ oder** 8.) FD- _____

Betreuungs-Kosten: A B

So möchte ich **bezahlen:**

- Ich zahle selbst Eingliederungshilfe
 Verhinderungs-Pflege Entlastungsleistung

Hiermit erkläre ich mich mit den Anmelde-Bedingungen (Seite 4 - 6) einverstanden.

31

Datum, Unterschrift Teilnehmer

Unterschrift gesetzlicher Vertreter ggf. Mitarbeiter Wohnstätte

32

Was wir wissen müssen

Besonderheiten (Bitte ankreuzen)

- Behinderten-Ausweis ___% Kennzeichen B Wertmarke Geh-Behindert Rollator

Rolli-Fahrer

ja nein

Sprache / Hören

ja nein Ich kann gut sprechen ja nein

Umsetzen, z.B. ins Auto möglich ja nein Ich kann gut hören ja nein

Essen / Trinken

ja nein

Ich brauche Hilfe beim Essen ja nein Ich brauche Hilfe beim Gang auf die Toilette ja nein

ja nein

Ich brauche Hilfe beim Trinken ja nein Ich trage Vorlagen ja nein

Medikamente

ja nein

Ich brauche Hilfe bei der Einnahme ja nein ja nein

Besondere Erkrankungen

ja nein

Notfallmedikament ja nein Verordnung beigefügt ja nein

ja nein

Diabetes

ja nein

Allergien

Welche: _____

Sonstiges: _____

Abtretungserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die mit der

LEBENSHILFE Dinslaken e.V.

Postfach 10 05 53

46525 Dinslaken

vereinbarten Betreuungsleistungen für

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Adresse Krankenkasse:

Versicherungs-Nummer:

Direkt mit der Kasse / Versicherung abgerechnet werden können.

Die Leistungen sollen über folgendel(s) Budget(s) abgerechnet werden:

Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)

Entlastungsleistung (§45 b, SGB XI)

Name (ggf. gesetzl. Vertreter)

Datum

Unterschrift