

Anmeldung (bitte beim FuD abgeben)

Name: _____

Straße: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Handy Nummer: _____ E-mail _____

Pflegegrad I II III IV V Rollstuhlfahrer:

Grad der Behinderung: _____

Wertmarke für öffentliche Verkehrsmittel: ja nein

Merkzeichen: H B G AG RF BL GL

Allergien Welche: _____

Krampfanfälle Notfallmedikament _____

Finanzierung der Assistenzkosten erfolgt durch die Pflegekasse

- Entlastungsbetrag (1500€ /Jahr = 94 Assistenzstunden im Jahr)
- Urlaubs- und Verhinderungspflege (1612€ /Jahr = 101 Assistenzstunden im Jahr)
- hälftiges Kurzzeitpflegebudget (806€ /Jahr = 50 Assistenzstunden im Jahr)
- Umwandlung von Pflegesachleistungen (je nach Pflegegrad)

Finanzierung der Assistenzkosten erfolgt durch

- Teilhabeleistung
 - private Rechnung
-

Ich wünsche ein Beratungsgespräch zur Finanzierung der Assistenzkosten

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos vom Freizeitprogramm für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden. ja nein

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für die Teilnahme an folgenden Aktionen an.

Unterschrift der Teilnehmenden

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Bitte auch die Einwilligung zur Datenverarbeitung und-weitergabe an den gekennzeichneten Stellen unterschreiben und an uns zurückgeben.