



## Anmeldeformular für ein Angebot der Offenen Hilfen

**Angebotsbezeichnung:** \_\_\_\_\_

### Angaben zum Teilnehmer:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Benötigte Unterstützung bei:

Essen/Trinken  ja  nein

Toilettengang  ja  nein

Umgang mit Taschengeld  ja  nein

Straßenverkehr  ja  nein

### Angaben zur gesetzlichen Betreuung oder Erziehungsberechtigten:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Selbstzahler oder  Abrechnung der Pflegekosten über Leistungen nach §39, 42, 45a,b ff. SGB XI

*Bitte füllen Sie diese Felder aus, falls die Abrechnung über die Pflegekasse erfolgt:*

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungs-Nummer: \_\_\_\_\_

Abrechnung der Pflegekosten über (bitte nur eine der folgenden Optionen wählen):

Verhinderungspflege nach §39 SGB XI

50% Übertrag Kurzzeitpflege nach §42 SGB XI

Zusätzliche Betreuungsleistung nach §45 a,b. ff. SGB XI

Notwendige Zustimmung:

Hiermit ermächtige ich die Lebenshilfe Neustadt o.g. Leistungen direkt mit der Pflegekasse abzurechnen.



# Lebenshilfe

Neustadt/Weinstr.

## Pflegegrad:

Kein Pflegegrad  1  2  3  4  5

## Folgendes ist zu beachten:

Ein Rollstuhl wird benötigt:  ja  nein

Der Transport muss im Rollstuhl erfolgen:  ja  nein

Ein Kindersitz wird benötigt:  ja  nein

Eine Einzelassistentin wird benötigt:  ja  nein

Epilepsie-Erkrankung liegt vor:  ja  nein

Medikamente müssen gegeben werden:  ja  nein

Um an dem gewünschten Angebot teilnehmen zu können, benötige ich einen kostenpflichtigen Fahrdienst (Abhol- und Heimfahrdienst):  ja  nein

*Falls Sie Unterstützung durch einen Fahrdienst wünschen:*

Adresse der Abholung und zur Heimfahrt:

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Hiermit melde ich mich verbindlich an:

AGBs anerkennen

**ABSENDEN**

**Bitte beachten Sie:**

**Alle Felder müssen ausgefüllt sein, um eine verbindliche Buchung zu tätigen. Herzlichen Dank.**

**Wir freuen uns über Ihre Anmeldung.**

**Ihr Freizeit-Team der Offenen Hilfen, Lebenshilfe Neustadt e.V.**