

Anmeldung Freizeitassistenz DLG Lebenshilfe gGmbH

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail:

Anschrift:

Ihre Pflegekasse übernimmt bei vorhandenem Pflegegrad den Anteil der Assistenzkosten.
Ich wünsche folgende Abrechnungsmethode:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag §45b SGB XI | <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege §39 SGB XI | <input type="checkbox"/> Leistungen der Eingliederungshilfe §29 SGB IX (Persönliches Budget) |
|--|---|--|

Bitte schicken Sie mir die Rechnung, ich werde alles Weitere veranlassen.

Ich möchte, dass die Lebenshilfe direkt mit meiner Pflegekasse/ Eingliederungshilfe abrechnet.


Hiermit beauftrage ich den kostenpflichtigen Fahrdienst im Kleinbus. Ja Nein



Bestandteil dieser Anmeldung sind die Teilnahmebedingungen für unsere Tagesangebote.

Datum: _____ **Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in:** _____

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Angklung Gruppe -Farbtöne-
<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di		<input type="checkbox"/> Koch Club
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Labadu Theater
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Spaß im Wasser
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Disco (zusätzliches Anmeldeformular mit Terminen)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Freitagstreff (zusätzliches Anmeldeformular mit Terminen)

 Veranstaltung Rollstuhl geeignet, aber Transport nur im „normalen“ Kleinbus