

Anmeldung

Kurzreise

An
Familienunterstützender Dienst/Freizeit & Reisen
Franz-Hecker-Straße 20
49593 Bersenbrück

Bitte füllen Sie Ihre Anmeldung vollständig aus, sonst können wir sie nicht bearbeiten.
Ihre Anmeldung muss unterschrieben sein.

Diese Kurzreisen kommen für mich in Frage:

- 21. -23. Januar 2022 **Anmeldung bis zum 15. Dezember notwendig!**
- 18. -20. Februar 2022 **Anmeldung bis zum 15. Dezember notwendig!**
- 25. -27. März 2022
- 22. -24. April 2022
- 13. -15. Mai 2022
- 24. -26. Juni 2022
- 26. -28. August 2022
- 23. -25. September 2022
- 11. -13. November 2022
- 02. -04. Dezember 2022

Diese 3 Kurzreisen sind mir ganz wichtig:

1. _____
2. _____
3. _____

- Es gibt es eine*n Freund*in, mit dem/der ich gerne zusammen die Kurzreise unternehmen möchte:**

Meine Kontaktdaten

An diese Adresse werden alle Informationen und auch der Teilnehmer*innenbogen zur Beschreibung des Unterstützungsbedarfes gesendet:

Name _____

Geboren am _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

Wir senden Ihnen eine E-Mail, wenn wir das Anmeldeformular erhalten haben.

Rechnungsempfänger*in

An diese Adresse werden die wichtigsten Informationen gesendet und auch die Rechnung.

Bin ich selber, siehe „Meine Kontaktdaten“

Ist mein/e Angehörige/r oder gesetzliche/r Betreuer*in:

Name _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Wir senden Ihnen eine E-Mail, wenn wir das Anmeldeformular erhalten haben. Sie können auch anrufen und nachfragen.

Weitere Informationen über mich

Gewissenhafte und vollständige Angaben sind zwingend erforderlich.

Pflegegrad OHNE 1 2 3 4 5

Ich bin Rollstuhlfahrer

Ja Nein Ich habe einen Bedarfsrollstuhl

Wenn ja, welche Art Rollstuhl haben Sie?

Schieberollstuhl Elektrorollstuhl

Können Sie sich in ein Fahrzeug umsetzen?

Ja Nein

Unterbringung im Einzelzimmer:

erforderlich

Folgende Hilfsmittel brauche ich auf der Reise:

Pflegebett Lifter Duschstuhl Toilettenstuhl
 Sonstiges: _____ Ich bringe Hilfsmittel mit.

Betreuungskostenabrechnung über:

Entlastungsbetrag § 45 SGB XI oder
 Verhinderungspflege § 39 SGB XI oder
 Privat (Selbstzahler) oder
 Ich bitte um Beratung.

Datum / Ort / Unterschrift (bei Bedarf gesetzliche Betreuung)