

Anmeldung

Die Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <http://www.lebenshilfe-cuxhaven.de/datenschutz.html>.

An:

Lebenshilfe Cuxhaven Assistenz gGmbH
Frau Fornasson
Neue Industriestr. 51
27472 Cuxhaven

TEILNEHMER:

Vorname und Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Geburts-Datum: _____

Wohnstätte: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

RECHTLICHER BETREUER:

Vorname und Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

ICH MELDE MICH AN:

Spielen und Schnacken:

09.08. 23.08. 06.09. 20.09.

Kegeln:

12.08. 26.08. 09.09. 23.09.

Hinfahrt 3,00 € Hin- und Rückfahrt 5,00 €

Tisch-Fußball:

16.08. 13.09. 27.09.

Bastel-Nachmittag:

22.08. 19.09.

Ü30-Party Janssen's Tanzpalast:

16.08. 20.09.

Disco-Bowling:

23.08. 27.09.

<input type="checkbox"/> Mittelaltermarkt	02.08.
<input type="checkbox"/> Sommerabend am Meer	03.08.
<input type="checkbox"/> Freizeitpark Jaderpark	11.08.
<input type="checkbox"/> Tages-Ausflug nach Sylt	07.09.
<input type="checkbox"/> Wildpark Schwarze Berge	14.09.
<input type="checkbox"/> Heidepark	15.09.
<input type="checkbox"/> Koch-Show mit Fisch Buffet	22.09.
<input type="checkbox"/> Cux-Art Tierpark	29.09.
<input type="checkbox"/> Stille Nacht - Das Weihnachtsmusical	30.11.
<input type="checkbox"/> Miniatur Wunderland Hamburg	05.01.2025

Bereits ausgebuchte Termine:

- Giovanni Zarella Konzert 07.06.24
- Kerstin Ott Konzert 09.06.24
- Karl May 18.08.24
- Tabaluga 27.10.24
- Vanessa Mai 15.11.24
- Mama Mia Musical 19.01.2025
- Eiskönigin 21.02.25
- Rocky Horror Picture Show 02.02.25
- Andrea Berg 23.05.25

RECHNUNG:

- an **mich**, den Teilnehmer, senden.
- an **meinen rechtlichen Betreuer** senden.
▶ Bitte teilen Sie uns vorne die Kontakt-Daten Ihres rechtlichen Betreuers mit.
- an **meine Pflegekasse** senden. ich rechne **selber mit der Pflegekasse** ab.
▶ Bitte teilen Sie uns unten die Anschrift Ihrer Pflegekasse mit.
- als Gruppen-Angebot im Rahmen der Verhinderungs-Pflege nach § 39 SGB XI
- als Einzel-Betreuung im Rahmen des Entlastungs-Betrags nach § 45b SGB XI

PFLEGEKASSE:

Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefon: _____

Krankenvers.-Nr.: _____

Wer hat Ihnen beim Ausfüllen geholfen? _____

Brauchen Sie Unterstützung, wenn Sie mit der Assistenz unterwegs sind? nein

ja, _____

Nutzen Sie eins der folgenden Hilfsmittel?

- Rollstuhl E-Rollstuhl Rollator

Tragen Sie eine Schutz-Hose?

- ja nein

Werden Sie nach der Veranstaltung abgeholt?

- nein, ich gehe eigenständig nach Hause

- ja, von: _____;

- Ich bestelle ein Taxi

Wertmarke Bahn vorhanden?

- ja nein

Kennzeichen "B" im Ausweis?

- ja nein

Worauf sollten wir unbedingt achten? _____

Sind Sie:

- Epileptiker Allergiker Diabetiker

Haben Sie ein Notfallmedikament dabei?

- nein ja, _____

Brauchen Sie Hilfe bei der Einnahme?

- ja nein

**Dürfen Sie während der Veranstaltung durch die
Assistenz fotografiert werden?**

- ja nein

Haben Sie Vorschläge für Freizeitangebote? _____

x _____

Datum

Unterschrift des Teilnehmers / Betreuers

Abtretungserklärung zum Entlastungsbetrag (§45b SGB XI) und zur Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)

Nur ausfüllen, wenn wir mit der Pflegekasse abrechnen sollen

für _____, geb. _____

Name

Name/Anschrift der Kasse

KV-Nummer: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erteile ich der Lebenshilfe Cuxhaven Assistenz gGmbH,
Neue Industriestr. 51, 27472 Cuxhaven die Vollmacht, alle Leistungen in
Zusammenhang mit dem Entlastungsbetrag und der Verhinderungspflege
anhand der eingereichten Stundennachweise bis auf Widerruf direkt
abzurechnen.

Mit freundlichen Grüßen

Rechtlicher Betreuer/ Erziehungsberechtigter