

# Anmeldeformular

Vor- und Nachname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

Email: .....

Name der Krankenkasse: .....

Straße/ Postfach: .....

Versicherungsnummer: .....

Pflegegrad 1     Pflegegrad 2     Pflegegrad 3     Pflegegrad 4     Pflegegrad 5

Pflegeleistungsergänzung gem. §45 SGBXI (Zusätzliche Betreuungsleistungen) in Höhe von:

125,00 Euro     Persönliches Budget

Kurzzeitpflege     Verhinderungspflege     (bitte nicht vergessen den Antrag 2017 zu stellen)

Angaben zum gesetzlichen Betreuer/ Betreuerin:

Vor- und Nachname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon/Mobil: .....

E-Mail: .....

Anmeldungen zu folgenden Programmen, Betreuungen, Freizeiten, integrativen Angeboten, Veranstaltungen, oder Familienangeboten

Angebotsnr	Name des Angebots	Heimfahrdienst	
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Calw e.V. während des Kurses entstandene Fotos für ihre Öffentlichkeitsarbeit verwendet (Website, Flyer, Zeitungsartikel, etc.)

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Fotos nicht einverstanden

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

# Anmeldeformular Geschwisterkinder/ Menschen ohne Behinderung

Vor- und Nachname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

Email: .....

Name der Krankenkasse: .....

Straße/ Postfach: .....

Anmeldungen zu folgenden Programmen, Betreuungen, Freizeiten, integrativen Angeboten, Veranstaltungen, oder Familienangeboten

Angebotsnr	Name des Angebots	Heimfahrdienst	
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
.....	.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Calw e.V. während des Kurses entstandene Fotos für ihre Öffentlichkeitsarbeit verwendet (Website, Flyer, Zeitungsartikel, etc.)

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Fotos nicht einverstanden

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift