

## Anmeldung Samstagsbetreuung Block 1

Ich möchte mich zu folgenden Terminen zur Samstagsbetreuung anmelden.  
(Bitte die gewünschten Termine ankreuzen)

<input type="checkbox"/> 14.01.2023	<input type="checkbox"/> 29.04.2023	<input type="checkbox"/> 23.09.2023
<input type="checkbox"/> 28.01.2023	<input type="checkbox"/> 13.05.2023	<input type="checkbox"/> 07.10.2023
<input type="checkbox"/> 11.02.2023	<input type="checkbox"/> 27.05.2023	<input type="checkbox"/> 21.10.2023
<input type="checkbox"/> 04.03.2023	<input type="checkbox"/> 24.06.2023	<input type="checkbox"/> 11.11.2023
<input type="checkbox"/> 18.03.2023	<input type="checkbox"/> 08.07.2023	<input type="checkbox"/> 25.11.2023
<input type="checkbox"/> 01.04.2023	<input type="checkbox"/> 22.07.2023	<input type="checkbox"/> 09.12.2023

**Teilnehmer:**

**Gesetzl. Vertreter:**

Name \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geb. \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Pflegegrad**  ja  nein

**Medikamente**  ja  nein

**Ich bezahle**

über Verhinderungspflege

Entlastungsleistungen

als Selbstzahler

Ich bin Mitglied der **Lebenshilfe Sindelfingen e. V.**

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die im Programmheft angegebenen Teilnahmebedingungen und Preise an.**

Ich bin damit einverstanden, dass die Lebenshilfe Sindelfingen Forderungen, die aus der Teilnahme an diesem Angebot entstehen, direkt mit der Pflegekasse abrechnet.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift des Teilnehmers bzw. gesetzl. Vertreters