

## Anmeldung Samstagsbetreuung Block 1

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

<input type="checkbox"/> 13.01.2024	<input type="checkbox"/> 27.04.2024	<input type="checkbox"/> 21.09.2024
<input type="checkbox"/> 27.01.2024	<input type="checkbox"/> 11.05.2024	<input type="checkbox"/> 05.10.2024
<input type="checkbox"/> 10.02.2024	<input type="checkbox"/> 08.06.2024	<input type="checkbox"/> 19.10.2024
<input type="checkbox"/> 02.03.2024	<input type="checkbox"/> 22.06.2024	<input type="checkbox"/> 09.11.2024
<input type="checkbox"/> 16.03.2024	<input type="checkbox"/> 06.07.2024	<input type="checkbox"/> 23.11.2024
<input type="checkbox"/> 13.04.2024	<input type="checkbox"/> 20.07.2024	<input type="checkbox"/> 07.12.2024

Teilnehmer:

Gesetzl. Vertreter:

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Pflegegrad** o ja o nein

**Medikamente** o ja o 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