



# Anmeldung

## Für das Angebot



1. Wahl \_\_\_\_\_  
 und  oder

2. Wahl \_\_\_\_\_  
 und  oder

3. Wahl \_\_\_\_\_



melde ich mich/ meine/n Tochter/Sohn verbindlich an.

Name / Vorname \_\_\_\_\_



Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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



Telefon \_\_\_\_\_



E-Mail \_\_\_\_\_

### Ich erhalte folgende Leistungen der Pflege-versicherung:

- Verhinderungs-pflege: § 39 SGB XI
- Entlastungs-betrag: § 45 SGB XI



### Abrechnung gewünscht über:

- Verhinderungs-pflege
- Entlastungs-betrag
- Selbst-zahler



- Ich benutze immer einen Rollstuhl
- Ich benutze auf längeren Strecken einen Rollstuhl
- Ich benutze einen Elektrorollstuhl
- Ich benutze einen Faltrollstuhl
- Ich bin blind
- Ich bitte um ein/en Telefonanruf/Informationsgespräch



\_\_\_\_\_  
Datum, rechtsverbindliche Unterschrift

Es gelten die Teilnahmebedingungen von Seite 6 und 7!

