

# Anmeldeformular



für Angebote der Offenen Hilfen der Lebenshilfe Bruchsal-Bretten e. V.  
(Bitte den Anmeldebogen in den Offenen Hilfen, Moltkestraße 34, 76646 Bruchsal, abgeben.)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name des gesetzlichen  
Vertreters: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

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

Kontaktnummer während  
des Angebotes: \_\_\_\_\_

Art der Behinderung \_\_\_\_\_

Pflegegrad  1  2  3  4  5  kein Pflegegrad

Rollstuhlfahrer  ja  nein ;

wenn ja, Umsetzen möglich  ja  nein

Medikation während  
des Angebotes:

ja  nein

Notfallmedikation

ja  nein

Epilepsie  ja  nein

Ich möchte mich verbindlich zu folgenden Angeboten anmelden:

Datum

Titel des Angebotes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bei Vorliegen eines Pflegegrades: Mir ist bekannt, dass die Assistenzkosten im Rahmen von Leistungen nach SGB XI von meiner Pflegekasse erstattet werden können.

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. gesetzlicher Betreuer

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich darüber informiert wurde, dass meine personenbezogenen Daten zu Zwecken der Angebotsteilnahme erhoben, verarbeitet, gespeichert und gegebenenfalls übermittelt werden. Mir ist bekannt, dass ich ein Recht auf Löschung meiner Daten nach Beendigung des Angebots habe, sofern dies mit gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen vereinbar ist. Ich versichere außerdem, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und verpflichte mich dazu, alle Änderungen der Lebenshilfe Bruchsal-Bretten e. V. – Offene Hilfen unverzüglich mitzuteilen.

# Anmeldeformular



für Angebote der Offenen Hilfen der Lebenshilfe Bruchsal-Bretten e. V.  
(Bitte den Anmeldebogen in den Offenen Hilfen, Moltkestraße 34, 76646 Bruchsal, abgeben.)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name des gesetzlichen  
Vertreters: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

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

Kontaktnummer während  
des Angebotes: \_\_\_\_\_

Art der Behinderung \_\_\_\_\_

Pflegegrad  1  2  3  4  5  kein Pflegegrad

Rollstuhlfahrer  ja  nein ;

wenn ja, Umsetzen möglich  ja  nein

Medikation während  
des Angebotes:

ja  nein

Notfallmedikation

ja  nein

Epilepsie  ja  nein

Ich möchte mich verbindlich zu folgenden Angeboten anmelden:

Datum

Titel des Angebotes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bei Vorliegen eines Pflegegrades: Mir ist bekannt, dass die Assistenzkosten im Rahmen von Leistungen nach SGB XI von meiner Pflegekasse erstattet werden können.

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. gesetzlicher Betreuer

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich darüber informiert wurde, dass meine personenbezogenen Daten zu Zwecken der Angebotsteilnahme erhoben, verarbeitet, gespeichert und gegebenenfalls übermittelt werden. Mir ist bekannt, dass ich ein Recht auf Löschung meiner Daten nach Beendigung des Angebots habe, sofern dies mit gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen vereinbar ist. Ich versichere außerdem, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und verpflichte mich dazu, alle Änderungen der Lebenshilfe Bruchsal-Bretten e. V. – Offene Hilfen unverzüglich mitzuteilen.