

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.