**Gasthauskanal 3, 26871 Papenburg I Kirchstraße 31, 26789 Leer**

*Hinweis: Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt!*

|  |
| --- |
| **Persönliche Daten:**  |
| Name: | Vorname |
| Straße, Hausnr.: | Geburtsdatum:  |
| Postleitzahl: | Wohnort: |
| Mobilnummer:  | Telefon: |
| E-Mail:  |
| Wohnform: [ ]  Familie [ ]  Selbstständig [ ]  Ambulant betreut [ ]  Wohneinrichtung |
| Bitte Name und Adressen angeben für:[ ]  Arbeit [ ]  Schule \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| **Pflegegrad vorhanden? (Bitte Name und Adresse der Pflegekasse u. Vers.nummer angeben)** |
| [ ]  Nein  | [ ]  Ja | Gültig ab:  | Pflegegrad: |
| Pflegekasse: |
| Versichertennummer:  |

**Schwerbehindertenausweis und weitere Angaben:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja \_\_\_ GdB | Merkzeichen: [ ] B [ ] H [ ] G [ ] aG | Gültig ab: |
| [ ]  Ich bin Rollstuhlfahrer\*In  | [ ]  Ich muss im Rollstuhl befördert werden  |
| Bei Freizeiten: Es wird zwingend ein Pflegebett benötigt [ ]  |
|  |
| **Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgenden Freizeitangeboten des FED an:** |
| **Nr.** | **Titel des Angebots** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Angaben zur Abrechnung (nach SGB XI)** |
| [ ]  Verhinderungspflege §39 (Entlastungs-Budget insgesamt inkl. §42 3539€ im Jahr) | [ ]  Entlastungsleistung nach §45 (131€ monatlich) |
| [ ]  Kurzzeitpflege nach §42 (Entlastungs-Budget insgesamt inkl. §39 3539€ im Jahr) |  |
|  |

**Datum und Unterschrift**