

Anmeldeformular für Angebote der Offenen Hilfen Ludwigsburg 2025

Vor-/Nachname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Pflegegrad: _____

Telefon/Handy: _____

Email-Adresse*: _____

Rechnungsadresse: _____

Name/Anschrift unbedingt angeben

Ich lebe in einer besonderen Wohnform der Behindertenhilfe: ja nein

HINWEIS: Für Teilnehmende aus besonderen Wohnformen oder aus anderen Landkreisen erhöht sich der Beitrag um 30,- Euro pro Tagesangebot.

*Wir schicken Ihnen gerne auf Wunsch per Email unsere Extra-Ausschreibungen, interessante Informationen rund um das Thema Menschen mit Behinderung und Veranstaltungshinweise. Wir versichern Ihnen, Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zu diesen Zwecken zu nutzen und diese nicht an Dritte weiterzugeben. Wenn Sie diese Emails bekommen möchten, dann kreuzen Sie bitte das folgende Kästchen an:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie mir Extra-Ausschreibungen, Informationen und Veranstaltungshinweise per Email schicken. Diese Einwilligung kann ich jederzeit per Post, Telefon oder Email widerrufen.

Hiermit melde ich mich verbindlich für die umseitig angegebenen Freizeitangebote an und erkläre mich mit den im gültigen Programmheft der Offenen Hilfen Ludwigsburg abgedruckten Teilnahmebedingungen einverstanden.

Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Bitte schicken Sie uns zusammen mit Ihrer Anmeldung das ausgefüllte Formular „Medizinische und pflegerische Informationen“.

Sollten im Betreuungszeitraum Medikamente gegeben werden müssen, sind diese auf dem **Medikamentenformular** gesondert anzugeben. Beide Formulare können bei den Offenen Hilfen angefordert werden.

Bitte bei jedem Angebot ankreuzen, ob die Leistungen als Verhinderungspflege, Entlastungsbetrag oder ohne Angabe in Rechnung gestellt werden sollen.

(Unterjährige Veränderungen müssen den Offenen Hilfen schriftlich gemeldet werden.)

Der Kunde bestätigt, dass er die Leistungen der Pflegeversicherung nutzt.



Vor-/Nachname

_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			

_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			

_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			

_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			

_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			

_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			

_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
_____	_____	_____	_____
Angebots-Nr.	Termin	Name des Angebots	Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			

