

# ABTRITTSERKLÄRUNG / LEISTUNGSNACHWEIS

<b>ANMELDUNG für</b> <b>Titel:</b> _____	⇨ <i>bitte nur bei Abrechnung über Kranken-/Pflegekasse ausfüllen</i>
<b>Kursnr.</b> <b>Datum:</b> _____	Verhinderungspflege / zus. Betreuungsleistungen
Name, Vorname: _____	<b>Name/Adresse:</b> _____
Straße, Nummer: _____	_____
PLZ/Ort: _____	<b>geb. am</b> _____
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____	<b>Betreuung im Zeitraum:</b>
E-Mail: _____	_____
Abrechnung mit Kranken-/Pflegekasse / <b>bitte Abtrittserklärung ausfüllen</b> ⇨	durch das Personal der Offenen Hilfen (FED / OBA) der Lebenshilfe e.V., Augsburg.
<input type="radio"/> Verhinderungspflege (I) <input type="radio"/> § 45 b zus. Betreuungsleistungen (I)	Name/Adresse der Kranken-/Pflegekasse: _____
<input type="radio"/> ich habe keinen Pflegegrad (0,1,2,3) bzw. keine Abrechnungsmöglichkeit mit der Pflegekasse (Preis II)	_____
Name und Adresse der Krankenkasse: _____	<b>Versicherungsnummer:</b> _____
Versicherungsnummer: _____	Hiermit bevollmächtige ich die Lebenshilfe e.V. Augsburg, die erbrachten Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege / zus. Betreuungsleistungen <b>direkt mit der Kranken-/Pflegekasse abzurechnen.</b>
<b>Ich werde zu Beginn hingbracht:</b> <input type="radio"/> Brunnenschule <input type="radio"/> Plärrer	_____
<b>Ich werden am Schluss abgeholt:</b> <input type="radio"/> Brunnenschule <input type="radio"/> Plärrer	<b>Unterschrift ges. Betreuungsperson</b>
<b>Spezielle Hinweise für die Betreuer (Medikamente / Diät / Besondere Pflege)/ evtl. Rückseite verwenden:</b>	
_____	
_____	
_____	
<b>Taschengeld:</b> _____ €	
_____	
Datum, Unterschrift gesetzl. Betreuungsperson	