

ANMELDUNG für Titel: _____

Kursnr.: _____ **Datum:** _____

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Straße, Nummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon Festnetz: _____

Telefon Handy: _____

Abrechnung mit Kranken-/Pflegekasse /**bitte Abtrittserklärung ausfüllen** \Rightarrow

Verhinderungspflege (Preis I) § 45 b zus. Betreuungsleistungen (Preis I)

ich habe keinen Pflegegrad bzw. keine Abrechnungsmöglichkeit mit der Pflegekasse (Preis II)

Ich steige ein _____

Ich steige aus _____

siehe Ausschreibung

Spezielle Hinweise für die Betreuer (Diät / Besondere Pflege / Allergien) -
Bitte auf der Rückseite vermerken \Rightarrow

Aktuelles Medikamentenblatt liegt den Offenen Hilfen bereits vor!

Es werden keine Medikamente benötigt!

Datum, Unterschrift gesetzl. Betreuungsperson

LEISTUNGSNACHWEIS

bitte unbedingt bei Abrechnung über Kranken-/Pflegekasse ausfüllen

Name/Adresse: _____

geb. am _____

Betreuung im Zeitraum: _____

durch das Personal der Offenen Hilfen (FED / OBA) der Lebenshilfe e.V., Augsburg.

Name/Adresse der Kranken-/Pflegekasse:

Versicherungsnummer:

Hiermit bevollmächtige ich die Lebenshilfe e.V. Augsburg, die erbrachten Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege / zus. Betreuungsleistungen **direkt mit der Kranken-/Pflegekasse abzurechnen.**

Unterschrift gesetzl. Betreuungsperson