

Beratungsstelle, Lingener Straße 11, 48429 Rheine, Telefon:05971/862-704, E-Mail: dorothee.bruening@caritas-rheine.de

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Anschrift mit Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1  2  3  4  5  Rollstuhlfahrer

Schwerbehindertenausweis:  Ja  Nein GdB: \_\_\_\_\_ %

Merkzeichen:  aG  G  H  BL  GL  B  RF

Unverträglichkeiten/Diäten:  Nein  Ja und zwar \_\_\_\_\_

Allergien:  Nein  Ja und zwar \_\_\_\_\_

Krampfanfälle:  Nein  Ja (Notfallmedikament\*): \_\_\_\_\_

Numer  - Numer  - Numer  - Numer  - Numer  - Numer

Numer  - Numer  - Numer  - Numer  - Numer  - Numer

Numer  - Numer  - Numer  - Numer  - Numer  - Numer

Numer  - Numer  - Numer  - Numer  - Numer  - Numer

Über diese Möglichkeiten können Freizeit-/Gruppenaktionen, FuD & Ferienfreizeiten abgerechnet werden (bitte ankreuzen!):

- Entlastungsbetrag (max. 1500€/ 83,25 Std./Jahr oder 6,75 Std./Monat)
- Urlaubs- und Verhinderungspflege (max. 1612€/ max. 89,5 Std./Jahr oder 7,25 Std./Monat)
- 50% der Kurzzeitpflege (max. 806€/ max. 44,5 Std./Jahr oder 3,5Std./Monat)
- Selbstzahler

Wir nutzen zusätzlich den FuD mit ca. \_\_\_\_\_ Stunden pro Monat.

Es **sind max. 17,5 Std./Monat** möglich, wenn die Beratungsstelle alle 3 Abrechnungsarten nutzen darf!

Ich bitte um Beratung bzgl. der Abrechnungsarten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Anmelde- und Teilnahmebedingungen (Freizeitheft, Seite 4+5) gelesen habe und damit einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Teilnehmer oder gesetzlicher Vertreter)

\*bitte eine aktuelle Medikamentenverordnung einreichen!