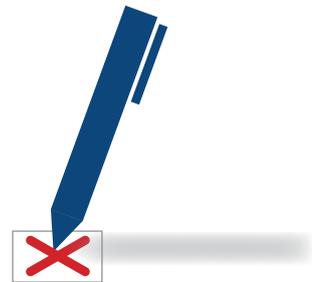


ANMELDUNG URLAUBSREISE

Bitte kreuzen Sie an, bei welchen Angeboten Sie dabei sein möchten.
 Bitte kreuzen Sie an, wie Sie die Kosten für Betreuung und Pflege mit
 der Pflege-Kasse abrechnen wollen.
 Oder ob Sie Selbst-Zahler sind.
 Und den gesamten Betrag selbst bezahlen wollen.



Nr.:	Datum	Ort	Entlastungs- Betrag	Verhinderungs- Pflege	Kurzzeit- Pflege	Selbst- Zahler
U01	So. 07.04. - So. 14.04.2024	Gran Canaria				
U02	Fr. 03.05. - Mo. 13.05.2024	Insel Kreta / Griechenland				
U03	So. 12.05. - Fr. 17.05.2024	Insel Krk, Kroatien				
U04	Di. 04.06. - So. 09.06.2024	Sottomarina Venedig				
U05	Do. 13.06. - So. 16.06.2024	Gardasee Verona				
U06	Do. 04.07. - So. 07.07.2024	Wien Kaiserstadt				
U07	Fr. 12.07. - Mo. 15.07.2024	Center Park Allgäu				
U08	Do. 25.07. - Mi. 31.07.2024	Salzkammergut				
U09	So. 15.09. - Sa. 21.09.2024	Die Abruzzen / Italien,				
U10	Do. 19.09. - So. 22.09.2024	Original Glacier Express				
U11	Do. 19.09. - Do. 26.09.2024	Insel Rhodos / Griechenland				
U12	Di. 22.10. - So. 27.10.2024	Portoroz / Slowenien				
U13	Fr. 06.11. - Fr. 13.11.2024	Ischia / Italien				

ANMELDUNG URLAUBSREISE

Bitte senden an:

Diakonie Pfingstweid e.V.
Offene Hilfen
Ailingerstraße 33
88046 Friedrichshafen

Anmeldeformular
online herunterladen:



Bitte Ankreuzen		
A	intern	<input type="checkbox"/>
B	ABW ohne Pflege-Grad	<input type="checkbox"/>
C	extern ohne Pflege-Grad	<input type="checkbox"/>
D	ABW mit Pflege-Grad	<input type="checkbox"/>
E	extern mit Pflege-Grad	<input type="checkbox"/>

Name / Vorname:

Straße:

PLZ / Wohnort:

Telefon / Handy:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Pflege-Grad 1 bis 5: keinen

Besonderheiten: zum Beispiel Rollstuhl, Rollator, Epileptiker, Diabetiker, Allergien, Unverträglichkeiten
.....
.....

Die Rechnung geht an:

Name / Vorname:

Straße:

PLZ / Wohnort:

Telefon / Handy:

Ich möchte für folgende Reise(n) eine **Reiserücktritts-Versicherung**
über die Diakonie Pfingstweid e. V. abschließen.

Bitte hier die Nummer ihrer Reise eintragen:

Ich habe die Regeln für die Teilnahme gelesen. Und bin damit einverstanden.

**Wenn ich Entlastungs-Betrag, Verhinderungs-Pflege oder Kurzzeit-Pflege angekreuzt habe,
beantrage ich die Leistung bei der Pflege-Kasse.**

Datum / Unterschrift: (rechtsgültige Unterschrift)

Die Diakonie Pfingstweid e.V. speichert personenbezogene Daten von Anfragen, Reiseteilnehmern und gesetzlichen Betreuern mittels EDV. Es wird ausdrücklich zugesichert, dass diese Daten nur zu eigenen Zwecken verwendet werden und nicht an Dritte weitergegeben werden. Mit der Anmeldung stimmen die Personen dieser Datenerfassung zu.