

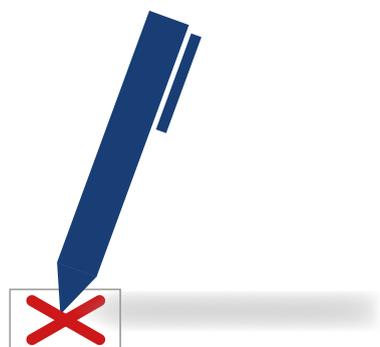
Anmeldeformular  
online herunterladen:



# 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	Sa. 01.03. bis Di. 04.03.2025	Musical in Hamburg				
U02	Di. 01.04. bis Sa. 05.04.2025	Flußkreuzfahrt Köln / Amsterdam				
U03	Sa. 12.04. bis Mi. 16.04.2025	Disneyland Paris				
U04	Mo. 19.05. bis Sa. 24.05.2025	Würzburg				
U05	Do. 22.05. bis Mo. 26.05.2025	Dorf Tirol, Südtirol				
U06	Do. 22.05. bis So. 01.06.2025	Gardasee				
U07	Sa. 14.06. bis So. 22.06.2025	Zeeland, Holland				
U08	Sa. 13.09. bis Mi. 24.09.2025	Camargue, Frankreich				
U09	Mo. 22.09. bis Fr. 26.09.2025	Sonthofen				
U10	Fr. 24.10. bis Fr. 31.10.2025	Portugal Faro / Flugreise				

# ANMELDUNG URLAUBSREISE

Bitte senden an:

Diakonie Pfingstweid e.V.

Offene Hilfen

Ailingerstraße 33

88046 Friedrichshafen

Oder per E-Mail schicken an: [offenehilfe@pfingstweid.de](mailto:offenehilfe@pfingstweid.de)



Bitte Ankreuzen		
<b>A</b>	intern 	<input type="checkbox"/>
<b>B</b>	ABW intern 	<input type="checkbox"/>
<b>C</b>	extern	<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: .....

Fotos von mir als Teilnehmer dürfen verwendet werden zu Zwecken der Öffentlichkeitsarbeit und in Print- und Online-Medien  Ja  Nein

**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, Reiset Teilnehmern 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.