

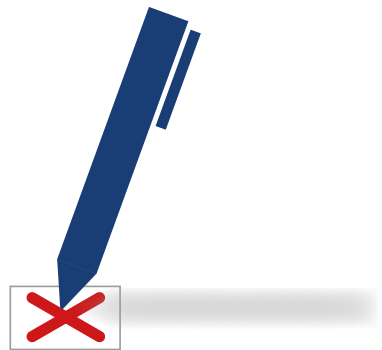
Anmeldeformular
online herunterladen:



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

AilingerstraÙe 33

88046 Friedrichshafen

Oder per E-Mail schicken an: offenehilfe@pfingstweid.de



| Bitte Ankreuzen | | |
|-----------------|--|--------------------------|
| A | intern  | <input type="checkbox"/> |
| B | ABW intern  | <input type="checkbox"/> |
| C | extern | <input type="checkbox"/> |

Name / Vorname:

StraÙe:

PLZ / Wohnort:

Telefon / Handy:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Pflege-Grad 1 bis 5: keinen

Besonderheiten: zum Beispiel Rollstuhl, Rollator, Epileptiker, Diabetiker, Allergien, Unvertråglichkeiten

Die Rechnung geht an:

Name / Vorname:

StraÙe:

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.