

ABTRITTSERKLÄRUNG / LEISTUNGSNACHWEIS

ANMELDUNG für **Titel:**
Kursnr. **Datum:**

⇒ bitte nur bei Abrechnung über Kranken-/Pflegekasse ausfüllen

mit Übernachtung ohne Übernachtung

Name, Vorname: _____ Klasse: _____

Straße, Nummer: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Verhinderungspflege / zus. Betreuungsleistungen

Name/Adresse: _____

geb. am _____

Betreuung im Zeitraum:

Abrechnung mit Kranken-/Pflegekasse /**bitte Abtrittserklärung ausfüllen** ⇒

- Verhinderungspflege (I) § 45 b zus. Betreuungsleistungen (I)
- ich habe keine Abrechnungsmöglichkeit mit der Pflegekasse (Preis II)

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

Erste Hilfe mit Medikamenten, die NICHT verschreibungspflichtig sind (bitte informieren Sie sich im Programmheft ausführlich!)

- Ich erlaube es Ich möchte das nicht.

Name/Adresse der Kranken-/Pflegekasse:

Bitte Zustiegsort/ Abholung angeben:

Ich steige ein: _____

Ich werde am Schluss abgeholt: _____

Versicherungsnummer: _____

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

Spezielle Hinweise für die Betreuer evtl. Rückseite verwenden:

Unterschrift ges. Betreuungsperson

Taschengeld:(nur wenn gewünscht) _____ €

Datum, Unterschrift gesetzl. Betreuungsperson