

Hinweis: Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

**Persönliche Daten:**

Name:	Vorname
Straße, Hausnr.:	Geburtsdatum:
Postleitzahl:	Wohnort:
Mobilnummer:	Telefon:
E-Mail:	
Wohnform: <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Ambulant betreut <input type="checkbox"/> Wohneinrichtung	
Bitte Name und Adressen angeben für:	
<input type="checkbox"/> Arbeit <input type="checkbox"/> Schule _____	

**Pflegegrad vorhanden? (Bitte Name und Adresse der Pflegekasse u. Vers.nummer angeben)**

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Gültig ab:	Pflegegrad:
Pflegekasse:			
Versichertennummer:			

**Schwerbehindertenausweis und weitere Angaben:**

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja ___ %	Merkzeichen: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	Gültig ab:
<input type="checkbox"/> Ich bin Rollstuhlfahrer*In		<input type="checkbox"/> Ich muss im Rollstuhl befördert werden	
Bei Freizeiten: Es wird <u>zwingend</u> ein Pflegebett benötigt <input type="checkbox"/>			

**Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgenden Freizeitangeboten des FED an:**

Nr.	Titel des Angebots

**Angaben zur Abrechnung (nach SGB XI)**

<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege / Anteilig Kurzzeitpflege nach §39 SGB IX (Wichtig! Pflegekasse trägt bis zu 2418 Euro pro Kalenderjahr)	<input type="checkbox"/> Entlastungsleistung nach §45 (131€ monatlich)
---	--

**Bei Freizeiten in FED-Unterkunft (Eschweg 6, Papenburg):**

<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege nach §42 (Muss vom Versicherten beantragt werden!)
--

**Datum und Unterschrift**

<b>Verantwortlich:</b> FED: Verwaltung, Koordinatoren*Innen	<b>Ablageort:</b> Übertragung in MICOS und weitere Excel - Listen	<b>Bearbeitungsstand Vordruck:</b> 30.10.2024
---	--	--