

Teilnehmer/in

Name, Vorname _____

Geburtstag _____ Telefon _____

Straße / PLZ / Ort _____

Rechnung an>>

Eltern oder gesetzlicher Betreuer

Name, Vorname _____

Telefon (Festnetz) _____ Mobil _____

Straße / PLZ / Ort _____

E-Mail>>

Art der Behinderung

Epileptiker Rollifahrer Allergiker Autist
 Sehbehinderung Sonstige _____

Pflegegrad 0 1 2 3 4 5

Pflegekasse

Straße / Postfach

PLZ / Ort

Versicherungsnummer _____

Ich wünsche eine Abrechnung über:

Entlastungsleistungen (EL)
 Verhinderungspflege (VH)
 Sportverordnung (SPV)
 Privat (Selbstzahler) (P)
 Sonstiges _____

Falls die Krankenkassenleistungen im laufenden Jahr nicht ausreichen behalten wir uns vor, die Leistung privat in Rechnung zu stellen.

Nachlass
 3 % Mitglieder-Nachlass auf Sachkosten
 bei 1 Reise oder 1 Kurs _____

Nr.	Urlaubsreisen, Ferienbetreuung Tagesausflüge, Kurse, Mittagsbetreuung, Sport-/SamstagsClub	Wichtig! Abrechnung über EL / VH / SPV / P
Fahrdienst	Jahreskurse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / Sonstige auf Anfrage	
Alternative	falls ausgebucht:	

Ich erkenne die Teilnahmebedingungen als an. Bei Absage oder Nicht-Teilnahme können Stornokosten entstehen.
 Für verschiedene Leistungen besteht unter Umständen ein Leistungsanspruch gegenüber gesetzlichen Leistungsträgern (z. B. Pflegekasse, Sozialhilfeträger). Ich versichere, dass ich mir zustehende Leistungen bei den jeweiligen Leistungsträgern beantrage und die Bewilligung und ggf. den Betrag an die Lebenshilfe-IKB weiterleite
 Die Verarbeitung der Anmelde Daten erfolgt gemäß Art. 6 DS-GVO.

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter / Betreuer _____

Ich bin Mitglied der Lebenshilfe-IKB Weinheim ja nein
 Ich interessiere mich für die Mitgliedschaft, bitte schicken Sie mir ein Aufnahmeformular ja nein
 Mindest-Jahresbeitrag € 40. Beitragsfrei für Menschen mit Beeinträchtigung, wenn ein Elternteil Mitglied ist.