

ANMELDUNG KURSE

..... |

Name, Vorname | Geburtsdatum

.....

vollständige Adresse, gegebenenfalls Wohngruppe

..... |

Telefon | E-Mail

.....

Pflegekasse | Versicherungsnummer

.....

Kostenträger Eingliederungshilfe | Aktenzeichen

- Pflegegrad** keinen I II III IV V
- Epileptiker*in Gehbehinderung Rollstuhlfahrer*in nicht umsetzbar
- Diabetiker*in Sonstiges
- Behinderten-Ausweis:** mit gültiger Wertmarke mit Merkzeichen "B"

Name des Kurses:	Termin:

- | | |
|--------------------------|--|
| WICHTIG: Nur EINE | <input type="checkbox"/> Verhinderungs-Pflege |
| Abrechnungsform | <input type="checkbox"/> Entlastungs-Betrag |
| ankreuzen | <input type="checkbox"/> Eingliederungs-Hilfe |
| | <input type="checkbox"/> Selbst-Zahler*in |

Ich wünsche eine 1:1 Begleitung: ja nein

Ich melde mich verbindlich an und stimme den AGB des ABC zu. Die **Datenschutzerklärung** konnte ich zur Kenntnis nehmen und kann Veranstaltungshinweisen per Post und E-Mail jederzeit widersprechen.

.....

Datum | **rechtsverbindliche Unterschrift**

Bitte unterschrieben zurück an: Arbeitskreis Behinderte an der Christuskirche, Maienstr. 2, 79102 Freiburg oder faxen: 0761 - 767 727 8 oder E-Mail: abc.freiburg@diakonie.ekiba.de