

ANMELDUNG REISEN

..... |

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 der Reise:

Termin:

| |

| |

| |

WICHTIG: Nur EINE

Abrechnungsform

ankreuzen

Verhinderungs-Pflege

Entlastungs-Betrag

Eingliederungs-Hilfe

Selbst-Zahler*in

Ich wünsche eine 1:1 Begleitung: ja nein

Ich wünsche eine Reiserücktritts-Versicherung: 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