## 2024

Familienentlastender Dienst (FeD

### <u>Info zu:</u>

#### Freizeit 3 – Ostsee Nordlichter

Wir fahren nach Alt Bukow. Das ist an der Ostsee. In Mecklenburg -Vorpommern. Dort wohnen wir in einem alten Pfarrhaus. Wir können an den Strand gehen. Oder Ausflüge in die Umgebung machen. Zum Beispiel nach Wismar. Dort gibt es einen Hafen. Vielleicht können wir auch mit einem echten Piratenschiff fahren.

#### Wichtig:

- Halbpension,
- Bettwäsche vor Ort,
- Handtücher müssen mitgebracht werden



06.10.2024

bis

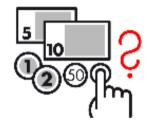
11.10.2024



Ankunft ab 15:00 Uhr



Abfahrt bis 10:00 Uhr



**Gesamt:** 

<u>1.650,00 €</u>

davon:

Reisepreis:

711,00€

Kann als Entlastungsleistung nach § 45 b SGB XI geltend gemacht werden, keine Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI.

Betreuung und Pflege:

939,00€

Kann als Leistung der Verhinderungspflege nach § 39 und Entlastungsleistung nach § 45 b SGB XI geltend gemacht werden



12 Teilnehmer ab 16 Jahre davon 2 Rollstuhlfahrer



#### **Leitung:**

Eva Bieber, **Christiane Hammerschmidt** 

+ 2 Übungsleiter



# **2024** Anmeldung

2024

Als Kopiervorlage zu verwenden

#### Als Kopiervorlage zu verwenden

1				ist der / die Teilifeilifier/ill Kollstufffall er/ill?
Name u. Vorname d	des/der Teilnehmers/in			Ja Nein
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)				Wenn ja, soll sie / er im Rollstuhl befördert werden?
Telefon				Ja Nein
1 Section (Section				Sonstig benötigte Hilfsmittel?
Straße				Ja Nein
Hausnr.				Welche Hilfsmittel werden, wenn ja benötigt?
PLZ, Ort				
Für folgendes / verbindlich ang	Angebot wird oben jemeldet:	genannte/r Teilne	hmer/in	Pflegegrad:
Angebot:				1 2 3 4 5
				kein Pflegegrad
Soll finanzio	rt werden über: b	itte decunter ankreum	20	
Selbstzahler	Verhinderungs -pflege gem. § 39 SGB XI (vorher Antrag stellen)	Anteil Kurzzeit- pflege zur Verhinderungs -pflege (vorher Antrag stellen)	Entlastungs- betrag gem. § 45b SGB XI	Krankenkasse  Versicherungsnummer  Besteht individueller Unterstützungsbedarf?  Ja Nein
				Wenn ja, welcher?
Bitte ankreuze	en:			
Direktabrechnung mit der Pflegekasse gewünscht (nur bei vorliegender Abtretungserklägung möglich)  Bitte Rechnung an folgende Rechnungsadresse:				Bitte neue Umgebung und ggf. nicht vertraute Mitarbeiter bei de Einschätzung berücksichtigen!
				Ort, Datum Unterschrift der Eltern / gesetzl. Betreuer/in
				Ort, Datum Unterschrift des/der Teilnehmers/in

Es gelten unsere Reise- und Geschäftsbedingungen siehe:

https://www.lhw-wf.de/wohnen/#freizeit