

2024

Familientlastender Dienst (FeD)



Info zu:

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:

1.650,00 €

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



<https://www.nordlichter.de>

2024

Anmeldung

2024

Als Kopiervorlage zu verwenden

Als Kopiervorlage zu verwenden

Name u. Vorname des/der Teilnehmers/in

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Telefon

Straße

Hausnr.

PLZ, Ort

Für folgendes Angebot wird oben genannte/r Teilnehmer/in verbindlich angemeldet:

Angebot:

Soll finanziert werden über: bitte darunter ankreuzen

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte ankreuzen:

Direktabrechnung mit der Pflegekasse gewünscht (nur bei vorliegender Abtretungserklärung möglich)

Bitte Rechnung an folgende Rechnungsadresse:

Es gelten unsere Reise- und Geschäftsbedingungen siehe:

Ist der / die Teilnehmer/in Rollstuhlfahrer/in?

Ja Nein

Wenn ja, soll sie / er im Rollstuhl befördert werden?

Ja Nein

Sonstig benötigte Hilfsmittel?

Ja Nein

Welche Hilfsmittel werden, wenn ja benötigt?

Pflegegrad:

1 2 3 4 5
 kein Pflegegrad

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Besteht individueller Unterstützungsbedarf?

Ja Nein

Wenn ja, welcher?

Bitte neue Umgebung und ggf. nicht vertraute Mitarbeiter bei der Einschätzung berücksichtigen!

Ort, Datum Unterschrift der Eltern / gesetzl. Betreuer/in

Ort, Datum Unterschrift des/der Teilnehmers/in

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