

Ich nehme das zusätzliche Hilfe- und Betreuungsangebot für meinen demenziell erkrankten Angehörigen an.

Name und Anschrift des zu Betreuenden:

.....
.....
..... **Geburtsdatum:**

Name des pflegenden Angehörigen:.....

Anschrift:

Telefonisch zu erreichen:

Ich möchte:

Was: _____

Wann: _____

Wie oft: _____

Warum: _____

Sonstiges: _____

Meine Wünsche an den freiwilligen Helfer:

- weiblich männlich egal
 Alter ca.Jahre Alter egal
 Sonstiges, nämlich:

Ich nehme das Angebot an. Mir ist bekannt, dass ich gegebenenfalls die Hilfe ohne rechtliche Ansprüche oder Haftungsansprüche erhalte. Die Angaben aus diesem Fragebogen dürfen an den Verein „Gemeinsam statt einsam Hiddenhausen e. V.“ weitergegeben werden. **Mir ist bekannt, dass der Verein „Gemeinsam statt einsam Hiddenhausen e.V.“ die zusätzlichen Leistungen von 10,- € pro Stunde für Hilfe- und Betreuungsangebote nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI mit der Pflegekasse abrechnet. Der Bewilligungsbescheid der Pflegekasse für die zusätzlichen Betreuungsleistungen ist als Kopie diesem Formular beigelegt.**

Hiddenhausen, **Unterschrift:**

Bitte senden Sie diesen Fragebogen an den Verein „Gemeinsam statt einsam Hiddenhausen e. V.“,
c/o Andrea Stroba, Gemeinde Hiddenhausen, Rathausstr. 1, 32120 Hiddenhausen.
Telefon: 05221-964230, Telefax: 05221-2969003
Email: a.stroba@hiddenhausen.de