

Anmeldung zur Nachmittagsbetreuung in Offenbach

Hiermit melde ich meine Tochter / meinen Sohn verbindlich zur Nachmittagsbetreuung an folgenden Tagen an:

- | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montag: | Betreuungszeit: | 14:30 bis 18:00 | Fahrdienst: | <input type="checkbox"/> Hin | <input type="checkbox"/> Zurück |
| <input type="checkbox"/> Dienstag: | Betreuungszeit: | 14:30 bis 18:00 | Fahrdienst: | <input type="checkbox"/> Hin | <input type="checkbox"/> Zurück |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch: | Betreuungszeit: | 14:30 bis 18:00 | Fahrdienst: | <input type="checkbox"/> Hin | <input type="checkbox"/> Zurück |
| <input type="checkbox"/> Donnerst.: | Betreuungszeit: | 14:30 bis 18:00 | Fahrdienst: | <input type="checkbox"/> Hin | <input type="checkbox"/> Zurück |
| <input type="checkbox"/> Freitag: | Betreuungszeit: | 12:10 bis 16:30 | Fahrdienst: | <input type="checkbox"/> Hin | <input type="checkbox"/> Zurück |

Name: Geburtsdatum:.....

Straße/ PLZ, Ort:.....

Telefon tagsüber:..... im Notfall:.....

Diagnose:.....

Mein Kind besucht folgende Schule:.....

Mein Kind nutzt ein: Ich – Buch ja nein Tagebuch ja nein
 Talker ja nein Gebärden ja nein

Mein Kind darf von folgenden Personen von der Veranstaltung abgeholt werden:

a)..... b).....

Abrechnung:

Betreuungskosten	Fahrt-und Nebenkosten
<input type="checkbox"/> über Verhinderungspflege	
<input type="checkbox"/> über Entlastungsbetrag	<input type="checkbox"/> über Entlastungsbetrag
<input type="checkbox"/> über Eingliederungshilfeträger	
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____

Um mit der Pflegekasse abrechnen zu können, benötigen wir eine Abtrittserklärung.
 Für Abrechnung mit dem Eingliederungshilfeträger ist eine gültige Kostenzusage notwendig.

Sollte beides nicht vorliegen oder die angegebenen Kostenträger die Kosten nicht oder nicht vollständig übernehmen, müssen wir Ihnen die Kosten privat in Rechnung stellen.

Datum Name Unterschrift:
 Nutzer/in/ alle Erziehungsberechtigten/ gesetzliche Vertreter



Datenschutzhinweis

Bitte durchlesen, unterschreiben und mit dem Formular zurückgeben. Vielen Dank.

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten ernst und bitten Sie hiermit, der Verwendung Ihrer Daten explizit zuzustimmen.

Wir erheben Ihre Daten ausschließlich zum Zweck der Vertragsdurchführung, zur Erfüllung unserer vertraglichen und vorvertraglichen Pflichten. An Dritte übertragen wir Ihre Daten nur, sofern es gesetzlich vorgeschrieben ist oder soweit Ihre Daten nicht von uns selbst, sondern von Dritten in unserem Auftrag verarbeitet werden.

Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist für die Durchführung des Vertrags erforderlich und beruht auf Artikel 6 Abs. 1b) der aktuellen Datenschutzgrundverordnung. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind, sämtliche gegenseitige Ansprüche erfüllt sind, keine gesetzlichen Rechtfertigungsgrundlagen bestehen oder wenn gesetzliche Aufbewahrungsfristen ablaufen.

Sie haben das Recht, der Verwendung Ihrer Daten jederzeit zu widersprechen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.

Zudem sind Sie berechtigt, Auskunft der bei uns über Sie gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern. Ihnen steht darüber hinaus ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.

Unsere ausführliche Datenschutzerklärung können Sie auf unserer Webseite www.behindertenhilfe-offenbach.de einsehen.

Alle Fragen und Anliegen zur Verarbeitung Ihrer Daten beantwortet Ihnen:

Dienst/Einrichtung: **Ambulanter Dienst**

Ansprechpartner/in: **Felix Kapraun**

Tel.: **069 / 809096926**

E-Mail: f.kapraun@behindertenhilfe-offenbach.de

Ich / Wir habe/n diesen Datenschutzhinweis gelesen und zur Kenntnis genommen und

stimme/n der Verarbeitung der Daten zu stimme/n der Verarbeitung der Daten nicht zu

Datum

Name der betroffenen Person (in Druckbuchstaben)

Unterschrift (bei Minderjährigen unter 16 Jahren bei der Sorgeberechtigte / ggf. gesetzl. Betreuer/in)

Eine Kopie geht an den/die Unterzeichnende/n.

Anmeldung zur Nachmittagsbetreuung in Offenbach

Hiermit melde ich meine Tochter / meinen Sohn verbindlich zur Nachmittagsbetreuung an folgenden Tagen an:

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Montag: | Betreuungszeit: 14:30 bis 18:00 | Fahrdienst: <input type="checkbox"/> Hin <input type="checkbox"/> Zurück |
| <input type="checkbox"/> Dienstag: | Betreuungszeit: 14:30 bis 18:00 | Fahrdienst: <input type="checkbox"/> Hin <input type="checkbox"/> Zurück |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch: | Betreuungszeit: 14:30 bis 18:00 | Fahrdienst: <input type="checkbox"/> Hin <input type="checkbox"/> Zurück |
| <input type="checkbox"/> Donnerst.: | Betreuungszeit: 14:30 bis 18:00 | Fahrdienst: <input type="checkbox"/> Hin <input type="checkbox"/> Zurück |
| <input type="checkbox"/> Freitag: | Betreuungszeit: 12:10 bis 16:30 | Fahrdienst: <input type="checkbox"/> Hin <input type="checkbox"/> Zurück |

Name: Geburtsdatum:.....

Straße/ PLZ, Ort:.....

Telefon tagsüber:..... im Notfall:.....

Diagnose:.....

Mein Kind besucht folgende Schule:.....

Mein Kind nutzt ein: Ich – Buch ja nein Tagebuch ja nein
 Talker ja nein Gebärden ja nein

Mein Kind darf von folgenden Personen von der Veranstaltung abgeholt werden:

a)..... b).....

Abrechnung:

Betreuungskosten	Fahrt-und Nebenkosten
<input type="checkbox"/> über Verhinderungspflege	
<input type="checkbox"/> über Entlastungsbetrag	<input type="checkbox"/> über Entlastungsbetrag
<input type="checkbox"/> über Eingliederungshilfeträger	
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____

Um mit der Pflegekasse abrechnen zu können, benötigen wir eine Abtrittserklärung.
Für Abrechnung mit dem Eingliederungshilfeträger ist eine gültige Kostenzusage notwendig.

Sollte beides nicht vorliegen oder die angegebenen Kostenträger die Kosten nicht oder nicht vollständig übernehmen, müssen wir Ihnen die Kosten privat in Rechnung stellen.

Datum Name Unterschrift:
 Nutzer/in/ alle Erziehungsberechtigten/ gesetzliche Vertreter



Datenschutzhinweis

Bitte durchlesen, unterschreiben und mit dem Formular zurückgeben. Vielen Dank.

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten ernst und bitten Sie hiermit, der Verwendung Ihrer Daten explizit zuzustimmen.

Wir erheben Ihre Daten ausschließlich zum Zweck der Vertragsdurchführung, zur Erfüllung unserer vertraglichen und vorvertraglichen Pflichten. An Dritte übertragen wir Ihre Daten nur, sofern es gesetzlich vorgeschrieben ist oder soweit Ihre Daten nicht von uns selbst, sondern von Dritten in unserem Auftrag verarbeitet werden.

Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist für die Durchführung des Vertrags erforderlich und beruht auf Artikel 6 Abs. 1b) der aktuellen Datenschutzgrundverordnung. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind, sämtliche gegenseitige Ansprüche erfüllt sind, keine gesetzlichen Rechtfertigungsgrundlagen bestehen oder wenn gesetzliche Aufbewahrungsfristen ablaufen.

Sie haben das Recht, der Verwendung Ihrer Daten jederzeit zu widersprechen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.

Zudem sind Sie berechtigt, Auskunft der bei uns über Sie gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern. Ihnen steht darüber hinaus ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.

Unsere ausführliche Datenschutzerklärung können Sie auf unserer Webseite www.behindertenhilfe-offenbach.de einsehen.

Alle Fragen und Anliegen zur Verarbeitung Ihrer Daten beantwortet Ihnen:

Dienst/Einrichtung: **Ambulanter Dienst**

Ansprechpartner/in: **Felix Kapraun**

Tel.: **069 / 809096926**

E-Mail: f.kapraun@behindertenhilfe-offenbach.de

Ich / Wir habe/n diesen Datenschutzhinweis gelesen und zur Kenntnis genommen und

stimme/n der Verarbeitung der Daten zu stimme/n der Verarbeitung der Daten nicht zu

Datum

Name der betroffenen Person (in Druckbuchstaben)

Unterschrift (bei Minderjährigen unter 16 Jahren bei der Sorgeberechtigte / ggf. gesetzl. Betreuer/in)

Eine Kopie geht an den/die Unterzeichnende/n.