

# Kontaktformular\*

## IB Familienunterstützender Dienst Kröpelin

### Kontaktdaten

#### Angehörige

Name: .....

Vorname: .....

Adresse: .....

.....

.....

Telefon: .....

E-Mail: .....

#### Betreute Person

.....

.....

.....

falls abweichend .....

Geburtsdatum: .....

.....

.....

#### Art der Behinderung:

.....

#### Pflegegrad:

.....



Telefondatum: .....

### Wie können wir Sie unterstützen?

Freizeitaktivitäten ☐ Ferienfreizeit ☐ Alltagsbegleitung ☐

Wünsche ☐ .....

### Welchen Terminwunsch haben Sie für unser Angebot?

Datum / Wochentag: .....

Uhrzeit: .....

Ferien: .....

### Folgende Unterlagen liegen uns von Ihnen bereits vor:

Behindertenausweis ☐ Krankenkassenkarte ☐

### Was wünschen Sie weiterhin?

Persönlicher Beratungstermin ☐ ..... Antragsunterlagen ☐

Zusendung von Informationen per Post ☐ per E-Mail ☐

Rückruf ☐

### Wie haben Sie von unserem Angebot erfahren? .....

\* Ihre Angaben werden von uns vertraulich behandelt und ausschließlich zu dem Zweck verwendet, Sie über die von Ihnen angegebenen Interessen zu informieren. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Bitte beachten Sie auch unsere Datenschutzhinweise unter [www.ib.de](http://www.ib.de).



**Kurz notiert:**