

KOBV – Der Behindertenverband

1080 WIEN
LANGE GASSE 53

TEL. 01/406 15 86 – 21 DW
E-MAIL: urlaub@kobv.at

ZVR-Zahl: 86 81 48 653

Stand: 02/2024

ANMELDUNG für einen Erholungsaufenthalt im verbandseigenen Erholungshaus **Schloss Freiland**

**BITTE BEACHTEN SIE:
JEDER ANMELDUNG SIND EINKOMMENSNACHWEISE BEIZULEGEN !!!**

A) Vor- und Nachname: Telefon:

Adresse:

geboren am:

Mitgliedsnummer:

Rollstuhlfahrer:in *) schwer gehbehindert *) Rollatorbenutzer:in *)

Die Angabe dieser gesundheitsbezogenen Daten erfolgt freiwillig und dient der Berücksichtigung Ihrer Bedürfnisse bei der Auswahl der Zimmer.

Einbettzimmer *) Doppelzimmer *)

Wünschen Sie die Teilnahme einer Begleitperson:

B) Vor- und Nachname: geboren am:

Adresse:

In welcher Zeit wünschen Sie den Erholungsaufenthalt zu verbringen?

von: bis:

Name und Adresse des nächsten Angehörigen:

..... Telefon:

Verpflegung: **Vollpension** *)

Halbpension mit
- Mittagessen *) oder
- Abendessen *)

Nächtigung/Frühstück *)

*) **Bitte Zutreffendes ankreuzen!**

Einkommensangaben (monatliche Bezüge)	A) des Mitgliedes	B) der Begleit- person
a) vom Sozialministeriumservice ohne Grundrente, Blinden- bzw. Pflegezulage	€	€
b) Pension	€	€
c) Arbeitslosengeld/Mindestsicherung	€	€
d) Einkommen aus einem Arbeitsverhältnis	€	€
e) Sonstiges Einkommen	€	€

Es handelt sich bei unserer Einrichtung um ein Erholungshaus und um kein Pflegeheim. Da kein Pflegepersonal zur Verfügung steht, können pflegebedürftige Personen nur aufgenommen werden, wenn eine Begleitperson mitfährt!

Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben die Gewährung eines Kostenzuschusses durch den KOBV - Der Behindertenverband ausschließen.

Zustimmungserklärung:

Ich wurde darüber informiert, dass der KOBV-Der Behindertenverband für die Kostenzuschüsse Fördermittel erhält. Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine oben genannten Daten verarbeitet und zum Zwecke der Überprüfung der Verwendung der Fördermittel an den Fördergeber weitergegeben werden.

Ich wurde auch darüber aufgeklärt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Für den Fall des Widerrufs verpflichte ich mich, den dem Förderbetrag entsprechenden Differenzbetrag zu bezahlen.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Datum

.....
Unterschrift der Begleitperson

VERBANDSVERMERK	
Kostenbeitragsrechnung des KOBV	
Berechnungsgrundlage	€ <u>.....</u>
Tage:	pro Tag €
VP	
HP	
Tagsatz	Kostenbeitrag
€	A) €
€	B) €
€	
Vorzuschreibender gesamter Kostenbeitrag	€