

Antrag - Assistenzvermittlung

Auftrag Nummer:

Eingang am:

Auftragsteller – taubblinder Person

Vorname Name

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Fax Email

Schwerbehindertenausweis - Az Ja Nein
Merkzeichen **B** (Begleitung)

Versichertennummer Krankenkasse
 AOK IKK Barmer
 DAX

Beherrschte Kommunikationsarten:

- DGS Taktile DGS Lormen
 LGS DGS Punkschrift

Art des Einsatzes für:

Mit diesem Antrag beauftrage ich eine Assistentin/Assistent zu stellen.

Gewünschte Anlass – Assistenz: weiblich männlich

Damit sind mir die Richtlinien der Assistenzvermittlung bekannt.

Datum Unterschrift des Antragstellers

Bitte deutlich lesbar ausfüllen!

Auftragnehmer – Assistenz: Ja Nein

Vorname Name

Straße Hausnummer

PLZ Vorname

Telefon/Fax Email

Termineinsatz:

-

Beginn: Uhr Ende Uhr

Dauert ca.: Stunden

Art des Einsatzes für Anlass bzw. Begleitung zu Veranstaltung, Einkauf, Spazierung, Besuch, Ämtern, Arzt etc.

Ich kann den Auftrag übernehmen Ja Nein

Unterschrift der Assistent/in: