Antrag auf Mitgliedschaft beim Demenz-Krisendienst

für

Fr./Hr. (Erkrankte/r) _____

geb. am _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

(Bitte hier ein aktuelles Bild des Erkrankten anfügen)

Die Mitgliedschaft wird beantragt von

Fr./Hr. (Angehörige/r) _____

Straße _____ Tel. _____

PLZ, Ort _____ Email _____

Der Demenz-Krisendienst ist ein Projekt von wohlBEDACHT - Wohnen für dementiell Erkrankte e.V. in Kooperation mit der Tagesbetreuung RosenGarten.
Die monatliche Gebühr für das Vorhalten des Krisenhilfeangebots beträgt € 17,50.
Die Mindestmitgliedschaft sowie auch die Kündigungsfrist betragen 3 Monate. Eine schriftliche Kündigung muss bis zum dritten Werktag des ersten Monats der Kündigungsfrist vorliegen.
Im Todesfall wird nach vorheriger Rücksprache der Vertrag zum nächstmöglichen Zeitpunkt aufgelöst. Die Mitgliedschaft kann aber auch in eine Fördermitgliedschaft beim Krisendienst umgewandelt werden, für die auf Anfrage eine Spendenquittung erhältlich ist.

Die Mitgliedschaft umfasst folgende Leistungen:

Vorbeugend:

- ein Aufnahmegespräch, in dem Kontaktdaten, Situation und Informationen für den Notfall erfragt und dokumentiert werden
- eine Rund-um-die-Uhr-Notfallnummer
- eintägige kostenfreie Fortbildung aus dem wohlBEDACHT-Fortbildungsprogramm

Im Notfall:

- ein Krisengespräch (jederzeit) über das Notfall-Handy
- Organisation von Hilfe innerhalb von 24 Stunden
- bevorzugte Aufnahme in alle Hilfsangebote für Demenzkranke von wohlBEDACHT e.V. und der Tagesbetreuung RosenGarten.

Für Leistungen, die im Notfall gebucht werden, werden die üblichen Entgelte berechnet.

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift**

SEPA Lastschriftmandat_Krise

Ich ermächtige den Verein wohlBEDACHT - Wohnen für dementiell Erkrankte e.V., die im Rahmen meiner Mitgliedschaft monatlich fälligen Beträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von wohlBEDACHT e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-ID DE69ZZZ00000125797

IBAN DE _____

BIC _____

Konto-Inhaber/in _____

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift**