



**GESCHÄFTSSTELLE:**  
 Von-Bargen-Straße 32  
 22041 Hamburg  
 Tel.: 040 - 40 11 314 0  
 Fax: 040 - 40 11 314 1

## Aufnahmebogen für Hilfs- und soziale Dienste

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

<b>Für: Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geb.-Dat.:</b>	
Strasse:	Nr.:	PLZ:	Ort:
Telefonnummer:			
Andere Kontakte: Nachbarn, Verwandte etc.:			

<b>Freiwillige Angaben:</b>
zuständiger Pflegedienst:
Einnahme bestimmter Medikamente:
Krankheiten:
Besonderheiten:

### Gewünschte Leistung:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Besuchsdienst</b>     | ___ <b>Stunden pro Einsatz</b>                 | ___ <b>Einsätze im Monat/pro Woche</b>                              |
|   |  | <small>(nicht Zutreffendes bitte streichen)</small>                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Besorgungen</b>       | <input type="checkbox"/> <b>Hauswirtschaft</b> | <input type="checkbox"/> <b>Behörde</b> (z.B. Hilfe bei Formularen) |
| <input type="checkbox"/> <b>Wohnungsauflösung</b> | <input type="checkbox"/> <b>Renovierung</b>    | <input type="checkbox"/> <b>Sonstige Tätigkeiten:</b>               |
|   |  | <small>(z.B. Tragehilfen, Reparaturen und Gartenpflege)</small>     |

### Nähere Angaben zu der gewünschten Tätigkeit:

---



---

<b>Auftraggeber : Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Str. u. Nr.:	PLZ u. Ort:
Tel. und Fax:	E-Mail:

(Für gesetzliche Betreuer: Bitte übersenden sie uns eine Kopie der Bestellsurkunde)

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Auftraggebers

#### Datenschutzrechtliche Hinweise:

**Ihre Daten werden nur betriebsintern verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.  
 Nach Beendigung des Leistungsverhältnisses werden personenbezogene Daten gelöscht.**



**GESCHÄFTSSTELLE:**

Von-Bargen-Straße 32  
22041 Hamburg  
Tel.: 040 - 40 11 314 0  
Fax: 040 - 40 11 314 1

**Einzugsermächtigung von Forderungen durch Lastschrift**

Hiermit ermächtige ich widerruflich, den von mir zu zahlenden Betrag für **Leistungen** des Vereins HELFEN VERBINDET e.V. bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Girokonto einzuziehen.

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

<b>Name der Kreditinstituts</b>	<b>BIC</b>	
<b>Kontoinhaber</b>	<b>IBAN</b>	
<b>Straße + Nr.</b>	<b>PLZ + Ort</b>	<b>Tel.Nr.</b>

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.  
Teilzahlungen werden im Lastschriftverfahren **nicht** vorgenommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Auftraggebers

**Datenschutzrechtliche Hinweise:**

**Ihre Daten werden nur betriebsintern verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.  
Nach Beendigung des Leistungsverhältnisses werden personenbezogene Daten gelöscht.**



**HELFEN  
VERBINDET**  
E.V.

**GESCHÄFTSSTELLE:**

Von-Bargen-Straße 32  
22041 Hamburg

Tel.: 40 11 314 0

Fax: 40 11 314 1

E-Mail:

info@helfen-verbindet.de

**Antwort-Fax an 040/40 11 3141**

**Um unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit zu geben,  
ihre Klienten mit einer kleinen Aufmerksamkeit zu besonderen Anlässen  
zu überraschen, tragen Sie bitte den Namen der Klientin/des Klienten  
ein und welchen Betrag Sie für welchen Anlass vorsehen.**

**(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)**

Name, Vorname Klient	Betrag Geburtstag	Betrag Weihnachten	Betrag sonstiger Anlass (welcher?)

Absender:

\_\_\_\_\_  
Name, Straße/Nr., PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
ggf. E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Auftraggebers

**Selbstverständlich können Sie von dieser Vereinbarung jederzeit zurücktreten.  
Es genügt eine kurze schriftliche oder telefonische Nachricht an die o.g. Adresse.  
Ihre Daten werden nur betriebsintern verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.**