

# Anmeldeformular Ferienbetreuung 2025

## 1. Allgemeines/Leistungsnachweis Pflegekasse

Teilnehmer:

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Name des Kindes:   | Geburtsdatum:                    |
| Krankenkasse/Pflegekasse:  | Versichertennummer:<br>_ _ _ _ _ |
| Abrechnung über:   |                                  |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Betreuungsleistung <input type="checkbox"/> Persönliches Budget (Kostenübernahme Bezirk OB geklärt?)<br><input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe zur Teilhabe am gesellschaftlichen. Leben <input type="checkbox"/> Selbstzahler |                                  |

Die Betreuung findet nur in den Sommerferien 2025 im Haus Marini statt.

**Adresse: Biberstraße 30, 83079 Brannenburg**

**Reguläre Buchungszeit ist von 8.00 Uhr – 16:00 Uhr (135,00 €/Tag).** Bei Zubuchung einer halben Stunde vorher oder nachher entstehen zusätzliche Kosten von jeweils (pro gesetzten Häkchen) 50,00€.

| Gebuchte Betreuungswochen:                                       | Gebuchte Zusatzoptionen:             |  |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> <b>KW 32</b> (04.08. – 08.08. = 5 Tage) | <input type="checkbox"/> ab 7:30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 16:30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> <b>KW 33</b> (11.08. – 14.08. = 4 Tage) | <input type="checkbox"/> ab 7:30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 16:30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> <b>KW 34</b> (18.08. – 22.08. = 5 Tage) | <input type="checkbox"/> ab 7:30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 16:30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> <b>KW 35</b> (25.08. – 29.08. = 5 Tage) | <input type="checkbox"/> ab 7:30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 16:30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> <b>KW 36</b> (01.09. – 05.09. = 5 Tage) | <input type="checkbox"/> ab 7:30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 16:30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> <b>KW 37</b> (08.09. – 12.09. = 5 Tage) | <input type="checkbox"/> ab 7:30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 16:30 Uhr |

Ich habe die oben angekreuzten Wochen verbindlich gebucht:

|                    |
|--------------------|
| Datum/Unterschrift |
|--------------------|

## 2. Anamnese

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Vorname:   |   | Name:   |  |
| PLZ/Wohnort:   |   | Straße/Nr.:   |  |
| Ärztliche Diagnosen (alle):  |   | Wichtige medizinische Hinweise (z.B. Versorgungsrelevante OP's)   |  |
| Dauermedikation:<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: | Notfallmedikation:<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Pflegegrad vorhanden?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> PG1 <input type="checkbox"/> PG2 <input type="checkbox"/> PG3 <input type="checkbox"/> PG4 <input type="checkbox"/> PG5 |  |
| Hausarzt: (Name, Telefon und Anschrift)  |   |   |  |

### Kontaktdaten (Eltern/Erziehungsberechtigte/bevollmächtigte Ansprechpartner)

|  |   |
|--|---|
| Erziehungsberechtigte/-er:   | Weitere Erziehungsberechtigte/-er oder andere Angehörige:             |
| Beziehung zur Pflegebedürftigen Person (Vater, Mutter, Ehepartner...): | Beziehung zur Pflegebedürftigen Person (Vater, Mutter, Schwester...): |
| Straße/Nr.   | Straße/Nr.:   |
| PLZ/Ort:   | PLZ/Ort:  |
| Telefon Handy:   | Telefon Handy:  |
| Weitere Telefonnummer (Arbeit, Festnetz):                              | Weitere Telefonnummer (Arbeit, Festnetz):                             |
| E-Mail:  | E-Mail:   |

|   |  |
|---|--|
| Hilfsmittel (mehrere Kreuze möglich):<br><input type="checkbox"/> Brille/Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Rollator<br><input type="checkbox"/> orthopädische Schuhe <input type="checkbox"/> Rollstuhl<br><input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Sonstiges:<br><input type="checkbox"/> Prothese<br><input type="checkbox"/> Orthese<br><input type="checkbox"/> Stützkorsett<br><input type="checkbox"/> Hörhilfe<br><input type="checkbox"/> Gehhilfe | Besonderheiten (mehrere Kreuze möglich):<br><input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Dekubitusgefahr<br><input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten <input type="checkbox"/> Inkontinenz<br><input type="checkbox"/> Sonderernährung <input type="checkbox"/> Katheter<br><input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung<br><input type="checkbox"/> Insulinpflicht <input type="checkbox"/> Hinlauftendenz<br><input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sturzgefährdung<br><input type="checkbox"/> Autismus<br>Datum letzter Anfall: |
| Schwerbehindertenausweis<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |  |

### Ernährung

|  |   |   |
|--|---|---|
| Darf alles gegessen/getrunken werden? (z.B. aus religiösen Gründen, Allergie, Diät)<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein: | Nahrungsaufnahme selbstständig:<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein:                                      | Wie helfen Sie dabei?   |
| Besonderheiten (Schluckbeschwerden?)<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:<br><input type="checkbox"/> ja:                   | Trinkt ausreichend:<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> muss motiviert werden | Hilfsmittel bei der Nahrungsaufnahme (Spezialbesteck, Schnabeltasse, etc.):<br>Wie helfen Sie dabei?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja: |

## Ausscheidung

|  |   |
|--|---|
| Wird die Toilette benutzt?<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Ankündigung des Toilettengangs?<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
|--|---|

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Inkontinenzmaterial?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja | Weitere Infos zu dem Thema? |
|--|-----------------------------|

## An-/ und Ausziehen

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Selbstständig an-/ausziehen?<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein: | Wie helfen Sie dabei? |
|---|-----------------------|

|   |
|---|
| Wird erkannt das die Kleidung gewechselt werden muss (nass, verschmutzt)?<br>Wie helfen Sie dabei?<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein: |
|---|

## Kommunikation

|   |
|---|
| Wird auf direkte Ansprache reagiert?<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein: |
|---|

|   |
|---|
| Wie werden Bedürfnisse geäußert (z.B. verbal, nonverbal, Gestik) ?<br>Wie helfen Sie dabei? |
|---|

|   |
|---|
| Hilfsmittel (z.B. Talker)?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja: |
|---|

|   |
|---|
| Wie wird Ablehnung bzw. Zustimmung angezeigt? |
|---|

|                          |
|--------------------------|
| Was gibt es zu beachten? |
|--------------------------|

## Wahrnehmung

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Einschränkungen beim Sehen?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja: | Wie helfen Sie dabei? |
|--|-----------------------|

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Einschränkungen beim Hören?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja: | Wie helfen Sie dabei? |
|--|-----------------------|

|   |  |
|---|--|
| Lärmempfindlich:<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, | Schmerzempfindlich:<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| Kälte- Wärmeempfindlich?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, | Berührungängste (Physisch) ?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, |
|---|---|

|   |
|---|
| Toben, Herumwirbeln, Schaukeln?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> ja, aber: |
|---|

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Ängste, Phobien?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja: | Wie helfen Sie dabei? |
|---|-----------------------|

## Mobilität, Lagerung (Tagsüber)

|   |
|---|
| Fortbewegung (Zu Fuß, nur Rollstuhl, etc.)<br>Wie helfen Sie dabei? |
|---|

|   |
|---|
| Liebster Aufenthaltsort (Boden, Rollstuhl, Bett, etc.)<br>Wie helfen Sie dabei? |
|---|

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Fehlstellung (Spastik, Lähmung)?                              | Wie helfen Sie dabei? |
| <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja: |                       |

|                                    |
|------------------------------------|
| Was ist bei dem Thema zu beachten? |
|                                    |

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Treppensteigen  | Wie helfen Sie dabei? |
| <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, |                       |

|   |
|---|
| Muss regelmäßig umgelagert werden (Zeitrhythmus, Besonderheiten) ?<br>Wie helfen Sie dabei? |
|   |

## Freizeit, Spielverhalten, Interessen

|                                       |
|---------------------------------------|
| Abneigungen:<br>Wie helfen Sie dabei? |
|                                       |

|   |
|---|
| Spielgewohnheiten (mehrere Kreuze möglich):   |
| <input type="checkbox"/> am Boden <input type="checkbox"/> lieber allein<br><input type="checkbox"/> am Tisch <input type="checkbox"/> lieber mit anderen |

|                         |
|-------------------------|
| Was wird gerne gemacht? |
|                         |

## Sicherheit, Risikoeinschätzung

|  |   |
|--|---|
| Besteht Verkehrssicherheit?                                  | Kann sich selbst Hilfe geholt werden?                         |
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja: |

|   |                 |
|---|-----------------|
| Sturzrisiko (Unsicherheit Gehen)?                             | Wie helfen Sie? |
| <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja: |                 |

|                          |
|--------------------------|
| Was gibt es zu beachten? |
|                          |

|  |
|--|
| Überprüfung Zuckerstatus?                                    |
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |

|  |  |
|--|--|
| Regelmäßige Medikamentengabe?                                | <b>Achtung: Aktuelle Medikamentenordnung des Arztes mitgeben. Genaue Bezeichnung des Medikaments/Dosierung/Einnahmezeit.</b> |
| <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja |  |

|                          |
|--------------------------|
| Was gibt es zu beachten? |
|                          |

|   |
|---|
| Besteht ein Ernährungsrisiko?                                 |
| <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja: |

## Epilepsie

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Wie häufig sind Anfälle pro Tag? | Gibt es Auslöser?   |
|                                  | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja: |

|  |
|--|
| Wie äußern sich die Anfälle? Wie helfen Sie dabei? |
|  |

|  |
|--|
| Nach wie vielen Minuten soll das Notfallmedikament gegeben werden? |
| __ Minuten   |

|                               |
|-------------------------------|
| Was tun Sie bei einem Anfall? |
|                               |

|  |
|--|
| Nach wie vielen Minuten soll der Notarzt gerufen werden? |
| __ Minuten   |

Kommt Ihr Betreuter allein aus dem Anfall heraus?

- ja  
 nein, Ich helfe durch:

Lead: (Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?)

- Facebook  Stadtbuss  Jobcenter  TnT-Flyer  Anderes:

## Datenschutzinformationen bezüglich der Anmeldung bei der Ferienbetreuung - TnT GmbH

**Verantwortlicher:** Tabitha Licht und Thomas Stingl. Datenschutzbeauftragter (datenschutz@tnt-pflege.de)

### Zweck der Erhebung und Verarbeitung

Der Zweck für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist die Anmeldung zum Aufenthalt in unserem Hause zur Ferienbetreuung, Eingliederungshilfe und Kurzzeitpflege (Betreuung in der Ferienzeit) der Gastkinder und der Erholung deren Familien, deren Betreuung und Versorgung durch unser Fachpersonal und deren Abrechnung mit ggf. Dritten lt. § 22 (1) Nr. 1 b BDSG

### Empfänger

Interne Empfänger der personenbezogenen Daten sind das TnT-Büro, die Buchhaltung, die Pflege und die Sozialpädagogik sowie die Küche. Externe Empfänger der personenbezogenen Daten sind Behörden, Pflegekassen, ggfs. Krankenkassen. Der Verantwortliche hat nicht die Absicht

personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation zu übermitteln.

### Speicherdauer

Die geplante Speicherdauer sieht bei den gesetzlichen Vorschriften für Abrechnungsunterlagen 10 Jahre vor. (§ 147 Abs. 3 i. V. m. Abs. 1 Nr. 1, 4 und 4a AO, § 14b Abs. 1 UStG)

### Ihre Rechte

Sie haben ein Recht auf Auskunft, Löschung, Einschränkung und Widerspruch sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Sie haben das Recht zum jederzeitigen Widerruf einer Einwilligung und die Tatsache, dass die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung auf Grundlage der Einwilligung bis zum Widerruf unberührt bleibt. Sie haben ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde. Hände für Kinder-Kupferhof gGmbH hat die gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung personenbezogene Daten Dritten zwecks Abrechnung bereitzustellen. Wenn wir diese nicht direkt bei Behörden, Pflegekassen,

ggfs. Krankenkassen auf Grund fehlender Daten einreichen können, müssen die Aufenthaltskosten direkt mit der Familie abgerechnet werden.

### Informationen zu Aktionen

Wir sind daran interessiert, eine gute Beziehung zu Ihnen aufzubauen und Ihnen Informationen zu unseren Aktionen zukommen zu lassen. Deshalb verarbeiten wir auf Grundlage von Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe f der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (auch mit Hilfe von Dienstleistern) Ihre Daten. Wenn Sie dies nicht wünschen, können Sie jederzeit bei uns der Verwendung Ihrer Daten für Werbezwecke widersprechen. Sie können den Widerspruch auch per E-Mail senden an: datenschutz@tnt-pflege.de. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter (<https://tnt-pflege.de/datenschutzerklaerung/>)

## 3. Einverständnis Bagatellverletzung

Wie Sie sicherlich wissen, darf unser Betreuungspersonal keine medizinische (Notfall-) Behandlung durchführen. Im Falle eines Notfalles müssen wir (wie in einem Kindergarten, oder einer Schule) den Notarzt herbeirufen. Im engeren Sinne gilt dies auch für Bagatellverletzungen wie Schürfwunden, Insektenstiche oder Nasenbluten.

Ich wünsche ausdrücklich, dass im Rahmen des Betreuungsauftrages Bagatellverletzungen meines Kindes von Betreuern versorgt werden, z.B. Wunde desinfizieren, Pflaster kleben, Kühlen.

- ja  
 nein

Ich möchte auch bei Bagatellverletzungen sofort informiert werden

- ja  
 nein

Ich gestatte den Transport meines Kindes in Fahrzeugen durch einen TnT-Mitarbeiter

- ja  
 nein

Es ist notwendig meinem Kind ein einem der o.g. Fälle oder in anderen Situationen ein bestimmtes Medikament, z.B. eine Salbe, Globuli zu verabreichen. Falls „ja“, bitte genaue Beschreibung: (Medikamente müssen eindeutig beschriftet von Ihnen mitgegeben werden)

- ja  
 nein

- 1.
- 2.
- 3.

## 4. EinverständnisFoto



### Einwilligung in die Verwendung von Fotoaufnahmen von:

|                                      |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> meinem Kind |
| Name, Vorname, Emailadresse          |

|                              |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mir |
| Name, Vorname, Emailadresse  |

gegenüber der TnT GmbH  
Salinstraße 32, 83071 Rosenheim

#### 1. Gegenstand

Film- und Fotoaufnahmen während durch die TnT-GmbH im Rahmen der Ferienbetreuung

#### 2. Verwendungsart

- Für interne Verwendungszwecke (z.B. Fotowand im TnT-Büro oder TnT-Fotokalender)
- Verwendung in Broschüren/Flyern (LKR Rosenheim)
- Verwendung in Werbe-/Infomaterialien bei Anzeigen/ Berichterstattung (LKR Rosenheim)
- Auf der Website [www.tnt-pflege.de](http://www.tnt-pflege.de) (weltweit)
- Auf der Facebook Seite von TnT GmbH (weltweit)

#### 3. Verwendungszweck

Die Verwendung der Foto- und Filmaufnahmen dienen der Veröffentlichung für Presse- als auch Marketing- und Imagezwecke.

#### 4. Gegenstand

- 4.1. Ich willige in die unentgeltliche Erstellung und Verwendung von fotografischen Aufnahmen und Filmaufnahmen, auf denen ich abgebildet bin und die Rückschlüsse auf meine ethnische Herkunft und ggfs. meinen Gesundheitszustand zulassen, für die oben beschriebenen Zwecke ein.
- 4.2. Mir ist bewusst, dass Informationen im Internet weltweit zugänglich sind und mit Suchmaschinen gefunden und mit anderen Informationen verknüpft werden, woraus sich unter Umständen Persönlichkeitsprofile über mich erstellen lassen. Ins Internet gestellte Informationen, einschließlich Fotos und/oder Filme, können kopiert und weiterverbreitet werden. Es gibt spezielle Archivierungsdienste, deren Ziel es ist, den Zustand bestimmter Webseiten zu bestimmten Terminen dauerhaft zu dokumentieren. Dies kann dazu führen, dass im Internet veröffentlichte Informationen auch nach ihrer Löschung auf der Ursprungswebseite weiterhin anderenorts auffindbar sind.
- 4.3. Eine Verwendung der Foto- und Filmaufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke erfolgt nicht.

#### 5. Zeitraum

Die Einwilligung gilt unbegrenzt

#### 6. Widerruf

Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine kurze Nachricht an TnT widerrufen. Der Widerruf lässt die Rechtmäßigkeit und Zulässigkeit, der vor Ausübung des Widerrufs erstellten und verwendeten Foto- und Filmaufnahmen, unberührt.

#### 7. Widerruf

- 7.1. Fotos und/oder Filme, die im Wesentlichen nur mich zeigen, werden nach Zugang des Widerrufs unverzüglich insbesondere aus Social Media- und/oder Internetangebot von TnT entfernt bzw. meine Person darin unkenntlich gemacht, sofern es sich nicht um ein aufwändig produziertes Image-/Werbevideo gem. Ziffer 7.3 handelt. Derartige Fotos werden nicht mehr für neue Drucksachen verwendet. Bereits hergestellte und veröffentlichte Drucksachen dürfen noch über den Zeitpunkt des Zugangs des Widerrufs hinaus weiterverwendet werden.
- 7.2. Sofern ich auf dem Foto/Film mit anderen Personen abgebildet bin, muss das Foto/Film nicht entfernt werden, sondern es genügt, wenn ich unverzüglich auf dem Foto/Film unkenntlich gemacht werde (z.B. durch Verpixelung). Bin ich auf dem Foto/Film zusammen mit anderen Personen abgebildet und möchte TnT die Möglichkeit der Verpixelung nicht nutzen, sondern es direkt durch ein neues Foto ersetzen (etwa weil das Foto/der Film eine besondere Bedeutung für die Webseite hat), beträgt die Frist für den Austausch des Fotos/Films einen Monat.
- 7.3. Aufwändig produzierte Image-/Werbevideos, in denen ich erkennbar durch Ton- und Bildsequenzen erscheine, dürfen auch nach dem Zugang meines Widerrufs noch für die Dauer von 12 Monaten von TnT veröffentlicht werden.

## 5. Abtretungserklärung

Die Abtretungserklärung ist nur dann auszufüllen, wenn Sie auf dem Anmeldeformular **Abrechnung über Verhinderungspflege** oder **Betreuungsleistungen** ausgewählt haben.

**Hiermit trete ich:**

|   |   |
|---|---|
| Versicherter (Name, Vorname):                       | Geburtsdatum:   |
| Anschrift (Straße/Nr. und PLZ/Ort):                 | Gesetzlicher Vertreter (Name, Vorname)  |
| Telefonnummer (Festnetz und Mobil):                 | Email:  |
| KV-Nummer:  | Pflegekasse:  |
| Anschrift der Pflegekasse (Straße/Nr. und PLZ/Ort): | Pflegegrad vorhanden?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> PG1 <input type="checkbox"/> PG2 <input type="checkbox"/> PG3 <input type="checkbox"/> PG4 <input type="checkbox"/> PG5 |
| Falls Vorhanden Telefonnummer/Ansprechpartner PK    | Seit wann (Datum):  |
|   | Würden Leistungen (Betreuung) verbraucht?   |

**meine Ansprüche gegen meine Pflegekasse auf Verhinderungspflege gem. §39 SGB XI oder zusätzliche Betreuungsbeträge gem. §45 b SGB XI für in Anspruch genommene Verhinderungspflege/Betreuungsleistungen aus der folgenden Betreuungsvereinbarung mit dem Leistungsträger:**

|   |
|---|
| Name und Anschrift des Leistungsträgers:<br>TnT GmbH, Salinstraße 32, 83022 Rosenheim |
|---|

**unter Vorbehalt des schriftlichen Widerrufs an den Leistungserbringer ab.**

|             |  |
|-------------|--|
| Datum / Ort | Unterschrift (versicherte Person/gesetzl. Vertreter) |
| Datum / Ort | Unterschrift/Stempel (Leistungsträger)               |

## 6. SEPA Firmenlastschrift Mandat TnT GmbH

|  |
|--|
| Name des Zahlungsempfängers:<br>TnT GmbH |
|--|

|   |
|---|
| Anschrift des Zahlungsempfängers:<br>Straße und Hausnummer:<br>Salinstraße 32 |
|---|

|   |                      |
|---|----------------------|
| Postleitzahl und Ort<br>83022 Rosenheim | Land:<br>Deutschland |
|---|----------------------|

|  |
|--|
| Gläubiger-Identifikationsnummer:<br>DE26ZZZ00002476590 |
|--|

|                  |
|------------------|
| Mandatsreferenz: |
|------------------|

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind.

Ich bin / Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin / Wir sind berechtigt, mein / unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

|  |
|--|
| Zahlungsart:<br><input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung |
|--|

|  |
|--|
| Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): |
|--|

|   |       |
|---|-------|
| Anschrift des Zahlungsempfängers:<br>Straße und Hausnummer: | Land: |
|---|-------|

|                      |
|----------------------|
| Postleitzahl und Ort |
|----------------------|

|   |
|---|
| IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen)<br>_____ |
|---|

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| BIC (8 oder 11 Stellen)<br>_____ | Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister |
|----------------------------------|--|

|      |        |
|------|--------|
| Ort: | Datum: |
|------|--------|

|                                 |
|---------------------------------|
| Unterschrift des Kontoinhabers: |
|---------------------------------|

## 7. Motorradausflug

### **Elterninfo/Ferienbetreuung/Motorradausflug am 14.08.2025**

für den o.g. Tag findet unser Motorradausflug statt: Zwischen 10.30 Uhr und 11:00 Uhr starten wir zu einem Motorradausflug. Jedem Kind, das mitfahren möchte, können wir einen Platz im Beiwagen anbieten. Es stehen genügend Motorräder zur Verfügung, die teilweise so geräumig ausgestattet sind, dass die Kinder im Beiwagen neben unseren Betreuerinnen/Betreuern sitzen können, und somit eine direkte Assistenz haben. Wir werden gegen 13.00 h wieder zurück am Haus Marini sein.

Kinder, die nicht mitfahren wollen oder dürfen, werden selbstverständlich im Haus in gewohnter Weise durch unsere Mitarbeiter betreut.

**Es besteht Helmpflicht - Wir bitten Sie, sofern Sie Helme zur Verfügung stellen können, diese bis spätestens Mittwoch, 13.08.25 mitzubringen**, damit wir diese probieren können. Weiterhin ist Sonnenschutz (Kind schon eingecremt) und auch wetterfeste Kleidung erforderlich, da der Ausflug auch bei Regen stattfinden wird. Eine Mitnahme der Kinder auf dem Soziussitz von Solomotorrädern schließen wir aus Sicherheitsgründen aus.

- Unser Kind darf an dem Ausflug teilnehmen
- Unser Kind darf nicht an dem Ausflug teilnehmen

## 8. Einverständnis

### **Mittagessen und Getränke**

Für die abwechslungsreichen hochwertigen Mittagsgerichte (Regionaler Anbieter) müssen wir ca. 10,00 €/Tag berechnen. Hiermit sind auch weitere Kosten wie z.B. Getränke abgedeckt. Eine separate Essensrechnung wird nach der gebuchten Zeit gestellt.

### **Aktion**

Bring einen Freund/Freundin und spare die Kosten für das Mittagessen (max. 5 x 11,00€).

Name des Freundes/Freundin: \_\_\_\_\_

### **Stornobedingungen**

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich für den oben genannten Zeitraum zur Ferienbetreuung an. Bei Stornierung Ihrerseits berechnen 50% des Betrages 6 Wochen vor dem Buchungszeitraum und 100% des Betrages 4 Wochen vor dem Buchungszeitraum. Im Krankheitsfall Ihres Kindes berechnen wir ebenfalls 100%. Sollte die Betreuung des Kindes aufgrund des Verhaltens nicht möglich sein und abgebrochen werden, muss die restliche Woche bezahlt werden. Die evtl. gebuchten weiteren Wochen können, falls wir Ersatz finden, zu 0%, ansonsten zu 50% storniert werden.

### **1:1-Betreuung**

Ein Kind, dass Aufgrund seiner Beeinträchtigung die Gruppe der Ferienbetreuung so massiv beeinträchtigt (Schwere der Behinderung, Heftigkeit der Anfälle/Verhalten, etc.) dass daraus eine 1:1-Betreuung entsteht, muss abgeholt werden. Sollten Sie Bedenken haben, fragen Sie bei uns nach. Eine 1:1-Betreuung können Sie entweder über Verhinderungspflege oder im Vorfeld (am besten sofort) beim Bezirk Oberbayern beantragen - bei genehmigten Bescheid, können wir das Personal stellen. Bei Unklarheit/Zweifel bitte im **Vorfeld** bei uns melden damit wir uns mit Ihnen absprechen können.

## Ausschluss des Kindes

Sollte das Kind, aufgrund seines Verhaltens die Gruppe der Ferienbetreuung so massiv beeinträchtigen (Hinlauftendenz, Permanente Störung des Ablaufs und gezieltes Widersetzen bei Ansagen), dass daraus eine Störung der gesamten Gruppe und eine Beeinträchtigung der anderen Kinder entsteht, muss Ihr Kind abgeholt werden. Bei Abbruch der Betreuung muss Aufgrund der verbindlichen Anmeldung und der daraus entstandenen Personalplanung, diese in Rechnung gestellt werden. Sind mehrere Wochen gebucht, können folgende Wochen zu 50% storniert werden. Finden wir einen Ersatz für diese Zeit, dann zu 0%.

## Hospitation

Sollten Sie sich unschlüssig darüber sein, ob Ihr Kind die neuen Umstände für die Betreuung so annimmt, ist eine Hospitation nach Absprache jederzeit möglich. Somit können Sie für zukünftige Buchungen Gewissheit sammeln.

## Fotos (falls angekreuzt)

Mit meiner Unterschrift räume ich der TnT GmbH räumlich, zeitlich und inhaltlich unbeschränkt das ausschließliche Recht zur Veröffentlichung, Verbreitung (§17 UrhG), Vervielfältigung (§16 UrhG), Vorführung (§19 Absatz 4 UrhG), Sendung (§20 UrhG) und Vermietung/Verleihung der entstandenen Filmaufnahmen in Bild, Ton und Schrift für die oben genannte Produktion ein. Aus der Veröffentlichung können keine Ansprüche, auch nicht gegen Dritte, geltend gemacht werden. Veröffentlichungen durch mich oder durch vorstehende Bestimmung übertragenen Rechte ganz oder teilweise auf Dritte zu übertragen oder ihnen Nutzungsrechte an den eingeräumten Rechten einzuräumen.

Ich habe die oben gelisteten Punkte: Mittagessen/Getränke, Aktion, Stornobedingungen, 1:1-Betreuung, Ausschluss des Kindes, Hospitation und Fotos zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte an TnT GmbH, Salinstraße 32, 83022 Rosenheim oder an [info@tnt-pflege.de](mailto:info@tnt-pflege.de) schicken.