



## Umfrage Nachbarschaftshilfe

Ich könnte mir vorstellen teilzunehmen bei

Teilnahme am Kurs BiA ( Begleitung im Alltag )

Nachbarschaftshilfe

**WICHTIG !!!** es ist zu beachten, dass sie Mitglied im SKT werden, aus versicherungstechnischen Gründen

Stundenanzahl gesamt	_____ Stunden			<input type="checkbox"/> wöchentlich		<input type="checkbox"/> monatlich	
Wochentag/tage	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
<input type="checkbox"/>	Häusliche Versorgung und kurzzeitige Betreuung						
<input type="checkbox"/>	Einkauf und Besorgung						
<input type="checkbox"/>	Hilfe in Familien in der Versorgung kranker und/oder behinderter Familienmitglieder						
<input type="checkbox"/>	Gelegentliche Betreuung von Behinderten oder Pflegebedürftigen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen						
<input type="checkbox"/>	Begleitung bei Gängen und/ oder Fahrten zum Arzt, zur Behörde, zur Kirche, zu Veranstaltungen sowie bei Spaziergängen						
<input type="checkbox"/>	Begleitung beim Besuch von Gräbern sowie Unterstützung bei der Grabpflege						
<input type="checkbox"/>	sonstiges:						

allgemeine Unterstützung des SKT

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bin ich damit einverstanden, dass meine Daten zur Kontaktaufnahme gespeichert werden. Diese werden nicht an Dritte weitergegeben

Unterschrift \_\_\_\_\_

Sollten Sie noch fragen haben, so können Sie sich gerne melden bei:

Frank Sziegat

Mail: [info@skt-eschle.de](mailto:info@skt-eschle.de)

Tel.: +49 1577 402 1136