Landesverband der Gehörlosen Thüringen
Hans Grundig Str. 25
99099 Erfurt
Telefon: 03 61 - 345 29 63 Fax: 03 61 – 26 28 90 16

„Antrag – Assistenzvermittlung“

Auftrag Nummer:

Eingang am: . .

Auftragsteller - taubblinder Person

Vorname Name

Hausnummer

Straße

PLZ Wohnort

Telefon / Fax.: Email:

○ Ja ○ Nein

Schwerbehindertenausweis – Az: Merkzeichen **B** (Begleitung)

Beherrschte Kommunikationsarten:

○ DGS ○ Taktile DGS ○ Lormen
○ LGS ○ Schwarzschrift ○ Punktschrift

Art des Einsatzes für: _____

(Bitte schreiben)

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: _____

Auftragnehmer - Assistenz: ○ weiblich ○ männlich

Bitte ankreuzen!

Vorname Name

Hausnummer

Straße

PLZ Wohnort

Telefon / Fax.: Email:

Termineinsatz:

Datum: . .

Beginn: . Uhr Ende: . Uhr

Dauer ca.: Stunden

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

_____

_____

(Bitte schreiben)

Ich kann den Auftrag übernehmen ○ Ja ○ Nein

Unterschrift der Assistent / in: _____