

# DAK NACHBARSCHAFTSHILFE FORMULAR

Name der hilfesuchenden Person: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## **Art der benötigten Unterstützung:**

Bitte beschreiben Sie hier, welche Unterstützung gewünscht wird (z.B. Einkauf, Apothekenbesuch, Botengänge, Hausarbeiten oder andere Hilfen im Alltag).

## **Besondere Hinweise / Allergien / Medikamente:**

Falls besondere Hinweise vorliegen (z.B. Allergien, Medikamenteneinnahme, Haustiere), tragen Sie diese bitte hier ein.

## **Erklärung der hilfesuchenden Person:**

Ich erkläre, dass ich die Nachbarschaftshilfe freiwillig in Anspruch nehme. Ich bestätige, dass ich keine Symptome einer ansteckenden Krankheit habe und die Hygieneregeln beachte. Die DAK übernimmt keine Haftung für Schäden, die im Zusammenhang mit der Nachbarschaftshilfe entstehen.

## **Datenschutz:**

Die angegebenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich für die Abwicklung der Nachbarschaftshilfe verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Weitere Informationen erhalten Sie auf Anfrage.

**Unterschrift hilfesuchende Person**

**Unterschrift Helfer / Helferin**

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://dokumentklar.com/dak-nachbarschaftshilfe-formular/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://dokumentklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.