



Helferbogen

Datum:

Name	Vorname
Straße	PLZ/ Ort
Telefon	Mobiltelefon
E-Mail	Geburtsdatum
Gültiger Führerschein vorhanden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Nach Rücksprache könnte ich an folgenden Wochentagen Unterstützung leisten:

	vormittags	nachmittags	abends
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			

Diese Zeit könnte ich pro Woche an Unterstützung anbieten: _____ Stunden



Folgende Unterstützungstätigkeiten könnte ich anbieten:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hilfe im Haushalt | <input type="checkbox"/> einkaufen | <input type="checkbox"/> kochen |
| | <input type="checkbox"/> waschen | <input type="checkbox"/> bügeln |
| | <input type="checkbox"/> putzen | <input type="checkbox"/> nähen |
| <input type="checkbox"/> Hilfe im Garten | <input type="checkbox"/> Rasen mähen | <input type="checkbox"/> leichte Gartenarbeiten |
| <input type="checkbox"/> Hilfen rund um Haus und Hof | <input type="checkbox"/> kleinere Reparaturen | <input type="checkbox"/> Schnee räumen |
| | <input type="checkbox"/> Grabpflege | <input type="checkbox"/> Versorgung von Haustieren |
| | <input type="checkbox"/> Wohnungsbeaufsichtigung bei Abwesenheit | |
| <input type="checkbox"/> Versorgung von Kindern | <input type="checkbox"/> Abholen von Kindergarten und Schule | <input type="checkbox"/> stundenweise Betreuung |
| <input type="checkbox"/> Begleitung | <input type="checkbox"/> zum Arzt | <input type="checkbox"/> zu Behörden |
| <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung | <input type="checkbox"/> Begleitung bei Spaziergängen | <input type="checkbox"/> Begleitung zu Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Schreibtätigkeiten | <input type="checkbox"/> Briefe schreiben | <input type="checkbox"/> Formulare ausfüllen |
| <input type="checkbox"/> Hilfen rund um elektronische Geräte | <input type="checkbox"/> Umgang mit Telefon und Handy | <input type="checkbox"/> Umgang mit Computer und Tablet |
| <input type="checkbox"/> Fahrdienst | | |
| <input type="checkbox"/> Besuche | | |
| <input type="checkbox"/> Weiteres | Bitte ergänzen Sie: | |

Diese Tätigkeiten schließe ich aus:

Datum:

Name

Vorname