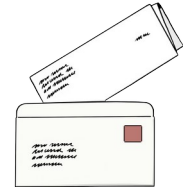


Anmeldung OBA-Angebote von November 2025 bis Februar 2026

Anmelden können Sie sich so:

Mit der Post:

AWO Kreisverband Ebersberg e.V
Offene Behindertenarbeit
Herzog-Ludwig-Straße 20
85570 Markt Schwaben



Oder als E-Mail:

an die E-Mail-Adresse: t.malgrab@awo-kv-ebe.de



Oder als Fax:

an die Nummer: 0 81 21 – 93 34 50



Bitte beachten:

Die Anmeldung beginnt am **20. Oktober 2025**

Nicht früher!!!

Bitte nur schriftlich anmelden!

Und nur mit dieser Anmeldung!

Wichtig ist:

Wann die Anmeldung zu uns kommt!

Und Sie müssen alles richtig ausfüllen.

Dann müssen Sie auf eine Antwort von uns warten.

Wir geben Ihnen Bescheid.

Und schicken einen Brief zurück an Sie.

Bitte richtig ausfüllen! Schreiben Sie bitte in die weißen Felder!

Auskunft über den Kunden

Mein Name ist:

Ich wohne in Straße:

Post-Leit-Zahl:

Ort:

Mein Geburtstag ist am:

Meine Telefon-Nummer ist:

Meine Handy-Nummer ist:

Meine Kranken-Versicherung
heißt:

Meine Kranken-Versicherungs-
Nummer heißt:

Bitte ankreuzen!

Ich habe den Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

oder ☐ ich habe keinen Pflegegrad

Ich habe Epilepsie:

☐

JA

☐

NEIN

Ich muss beim Ausflug Medikamente nehmen:

☐

JA

☐

NEIN

Ich nehme die Medikamente:

☐

regelmäßig

☐

in besonderen Situationen

ACHTUNG WICHTIG!!! SCHWERER TEXT:

Aus rechtlichen Gründen benötigen wir eine **Verordnung des Hausarztes** bei verschreibungspflichtigen Medikamenten bzw. eine **Berechtigungserklärung der Eltern / Sorgebeauftragten** bei allen nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten, Salben, Tropfen, Säften, Zäpfchen, Sonnencremes etc.

Liegt die Verordnung des Hausarztes bzw. die Berechtigungserklärung nicht vor, sind unsere Mitarbeiter*innen nicht berechtigt, Medikamente, Salben, Tropfen, Säfte, Zäpfchen, Sonnencremes etc. zu verabreichen.

Auskunft über die gesetzliche Vertretung:

Gesetzliche Vertreter können die eigenen Eltern sein. Oder eine andere Person.

Meine gesetzliche Vertretung ist:

☐

Mutter

☐

Vater

☐

Andere Person

Wie heißt meine Vertretung?

Meine Vertretung macht für mich:

Wo wohnt meine Vertretung? Straße:

Post-Leit-Zahl:

Ort:

Die Telefon-Nummer meiner Vertretung ist:

Die Handy-Nummer meiner Vertretung ist:

Die E-Mail-Adresse meiner Vertretung ist:

ACHTUNG WICHTIG!!!

Das Extra-blatt Datenschutz bitte unbedingt ausfüllen und mit dieser Anmeldung mitschicken.

Sonst ist leider keine Anmeldung möglich.

Ich nehme teil bei:

☐

Lokschuppen 15. November 2025

☐

OBA Party LUISE 13. Dezember 2025

☐

Kino Tag 17. Januar 2026

☐

Schokoladen-fabrik 14. Februar 2026

Ich nehme am Bowling teil:

☐

Samstag den 29. November 2025

☐

Samstag den 20. Dezember 2025

☐

Samstag den 24. Januar 2026

☐

Samstag den 21. Februar 2026

Ich komme zum Offenen Treff am:

☐

Freitag den 07. November 2025

☐

Freitag den 05. Dezember 2025

☐

Freitag den 09. Januar 2026

☐

Freitag den 06. Februar 2026

Ich komme zur Kindergruppe:

☐

Samstag den 08. November 2025

☐

Samstag den 06. Dezember 2026

☐

Samstag den 10. Januar 2026

☐

Samstag den 07. Februar 2026

Wie wird bei Gruppen-angeboten bezahlt?

Bitte **alles** genau **ankreuzen**!

Was das Angebot kostet müssen Sie **selbst** bezahlen.

Dieses Geld nennt man auch: **Gestaltungs-kosten**

Für die **Betreuung** bekommen wir auch Geld.

Das wird von einem Kosten-träger bezahlt.

Zum Beispiel von der Pflege-kasse.

Sagen Sie uns bitte ob Sie einen Kosten-träger haben.

☐

Ja, ich habe einen Kosten-träger.

☐

Nein, ich habe keinen Kosten-träger.

☐

Ich bezahle selbst.

Wenn Sie keinen Kosten-Träger haben, melden Sie sich bei uns!

Sagen Sie uns bitte auch **wie** wir die Betreuung abrechnen sollen.

Mit der Pflege-kasse abrechnen:

☐

Ich möchte bitte über die Verhinderungs-pflege abrechnen (§ 39 SGB XI).

oder

☐

Ich möchte bitte über die Betreuungs-kosten und Entlastungs-leistungen
abrechnen (§ 45b SGB XI).

Oder Sie sagen:

☐

Nein, ich möchte mit einem **anderen** Kosten-träger abrechnen.

Sagen Sie uns welcher Kosten-Träger: _____

Betreuungs-kosten sind auf dem Extra-blatt

Bei Fragen rufen Sie uns bitte an unter: **08 12 1 / 93 34 36**

Bitte hier noch unterschreiben:

.....|.....|.....
Ort / Datum Unterschrift Kunde/Kundin Unterschrift der Vertretung