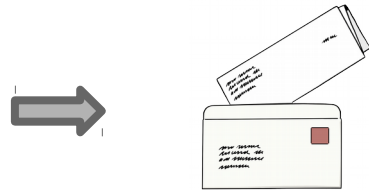


# Anmeldung für OBA-Angebote von November 2018 bis Februar 2019

Anmelden können Sie sich so:

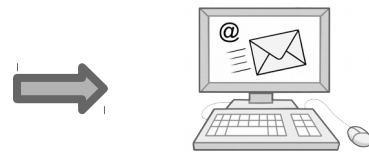
Mit der Post:

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



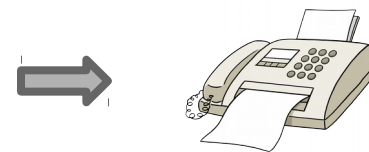
Oder als E-Mail:

Das spricht man so aus: I-mäil.  
an die E-Mail-Adresse: [b.siebler@awo-kv-ebe.de](mailto:b.siebler@awo-kv-ebe.de)



Oder als Fax:

an die Nummer: 0 81 21 – 93 34 50



Bitte beachten:

Die Anmeldung beginnt am **22. Oktober 2018!!!**

**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:	
<b>Bitte ankreuzen!</b>	
Ich habe den Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	oder <input type="checkbox"/> ich habe keinen Pflegegrad
Ich habe Epilepsie:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Ich muss beim Ausflug Medikamente nehmen:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Ich nehme die Medikamente:	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> in besonderen Situationen
<b>ACHTUNG WICHTIG!!! SCHWERER TEXT:</b> Aus rechtlichen Gründen benötigen wir dazu eine <b>Verordnung des Hausarztes</b> (bei verschreibungspflichtigen Medikamenten) bzw. eine Berechtigungserklärung der Eltern / Sorgebeauftragten bei allen nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten, Salben, Tropfen, Säften, Zäpfchen, Hustenbonbons, Sonnencremes etc. <b>Liegt die Verordnung des Hausarztes bzw. die Berechtigungserklärung nicht vor, sind unsere Mitarbeiter nicht berechtigt, Medikamente, Salben, Tropfen, Säfte, Zäpfchen, Hustenbonbons, Sonnencremes etc. zu verabreichen.</b>	

## Auskunft über den gesetzlichen Vertreter

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

Mein gesetzlicher Vertreter ist:

- Mutter  Vater  
 Andere Person

Wie heißt mein Vertreter?

Mein Vertreter macht für mich:

Wo wohnt mein Vertreter? Straße:

Post-Leit-Zahl:

Ort:

Wann hat mein Vertreter Geburtstag?

Wie ist die Telefon-Nummer von meinem Vertreter?

Wie ist die Handy-Nummer von meinem Vertreter?

Wie ist die E-Mail-Adresse von meinem Vertreter?

### Ich nehme teil bei:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 03.11.2018 Museum Wald und Umwelt | <input type="checkbox"/> 17.11.2018 OBA-Tanz-Party     |
| <input type="checkbox"/> 01.12.2018 Capoeira               | <input type="checkbox"/> 15.12.2018 Trampolin-Springen |
| <input type="checkbox"/> 12.01.2019 Schwimmen Phoenix-Bad  | <input type="checkbox"/> 26.01.2019 Planetarium        |
| <input type="checkbox"/> 09.02.2019 Schlittschuh-Laufen    | <input type="checkbox"/> 23.02.2019 Klettern           |

### Ich komme zum Offenen Treff am:

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 09.11.2018 | <input type="checkbox"/> 07.12.2018 |
| <input type="checkbox"/> 11.01.2019 | <input type="checkbox"/> 01.02.2019 |

### Ich komme zum Kegelclub am:

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 23.11.2018                    | <input type="checkbox"/> 21.12.2018 |
| <input type="checkbox"/> 25.01.2019                    | <input type="checkbox"/> 22.02.2019 |
| <input type="checkbox"/> Ich komme nach Markt Schwaben |                                     |
| <input type="checkbox"/> Ich komme nach Erding         |                                     |

### ACHTUNG WICHTIG!!! SCHWERER TEXT: Datenschutz

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Ebersberg e.V.

Herzog-Ludwig-Straße 20, 85570 Markt Schwaben Tel: 08121/9334-0, Fax: 08121/9334-50, E-Mail: oba@awo-kv-ebe.de

Bestellter Datenschutzbeauftragter der AWO Kreisverband Ebersberg, Lutz Wehner, lutz.wehner@awo-kv-ebe.de

Zweck der Datenverarbeitung ist die Anmeldung zu Angeboten, die Sicherstellung der Betreuung und die Abrechnung der erbrachten Leistungen.

Das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit ist mir bekannt.

Die dem Freizeit-Programm beiliegenden Datenschutz-Informationen habe ich gelesen und stimme ihnen zu.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift des Kunden

.....  
Unterschrift des Vertreters

## Wie wird bei Gruppen-Angeboten bezahlt?

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

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

Dieses Geld nennt man auch: **Gestaltungskosten**

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 des Kunden                      Unterschrift des Vertreters