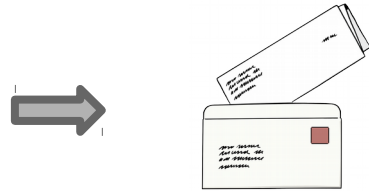


# Anmeldung für OBA-Angebote von März bis Juni 2019

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:

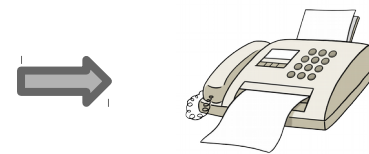
Das spricht man so aus: I-mäil.

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 **25. Februar 2019!!!**

**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!

<b>Auskunft über den Kunden</b>	
Mein Name ist:	
Ich wohne in	<b>Straße:</b>
	<b>Post-Leit-Zahl:</b>
	<b>Ort:</b>
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?

Telefon-Nummer meines Vertreters:

Handy-Nummer meines Vertreters:

E-Mail-Adresse meines Vertreters:

### Ich nehme teil bei:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 16. März 2019 Allianz Arena                       | <input type="checkbox"/> 26. April 2019 Pullman City ( <b>Ferien</b> ) |
| <input type="checkbox"/> 23. März 2019 Schwimmen                           | <input type="checkbox"/> 11. Mai 2019 Alpaka Spaziergang               |
| <input type="checkbox"/> 13. April 2019 Bowling                            | <input type="checkbox"/> 18. Mai 2019 Wandern                          |
| <input type="checkbox"/> 23. April 2019 Kunst und Kuchen ( <b>Ferien</b> ) | <input type="checkbox"/> 1. Juni 2019 München entdecken                |
| <input type="checkbox"/> 24. April 2019 Kufstein ( <b>Ferien</b> )         | <input type="checkbox"/> 29. Juni 2019 Fußball-Golf                    |
| <input type="checkbox"/> 25. April 2019 Walchensee ( <b>Ferien</b> )       |  |

### Ich komme zum Offenen Treff am:

01. März 2019 ist Faschings-Party beim OT  
 05. April 2019  
 03. Mai 2019  
 07. Juni 2019

### Ich komme zum Kegelclub am:

22. März 2019  12. April 2019  
 24. Mai 2019  28. Juni 2019  
 Ich komme nach Markt Schwaben  
 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