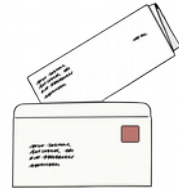


# Anmeldung für OBA-Angebote von August bis Oktober 2020

Anmelden können Sie sich so:

Mit der Post: (Dieser Kasten mit der Anschrift passt in das Brief-Fenster)

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



Oder als E-Mail:

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 **29. Juli 2020!!!**

**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>	
<b>Mein Name ist:</b>	
<b>Ich wohne in</b>	<b>Straße:</b>
	<b>Post-Leit-Zahl:</b>
	<b>Ort:</b>
<b>Mein Geburtstag ist am:</b>	
<b>Meine Telefon-Nummer ist:</b>	
<b>Meine Handy-Nummer ist:</b>	
<b>Meine Kranken-Versicherung heißt:</b>	
<b>Meine Kranken-Versicherungs-Nummer heißt:</b>	
<b>Bitte ankreuzen!</b>	
<b>Ich habe den Pflegegrad:</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<b>oder</b> <input type="checkbox"/> <b>ich habe keinen Pflegegrad</b>
<b>Ich habe Epilepsie:</b>	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>
<b>Ich muss beim Ausflug Medikamente nehmen:</b>	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>
<b>Ich nehme die Medikamente:</b>	<input type="checkbox"/> <b>regelmäßig</b> <input type="checkbox"/> <b>in besonderen Situationen</b>
<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:

#### Ferien-Tages-Angebote für Ebersberg

18. August 2020 FTA Englischer Garten  
 25. August 2020 FTA Hermannsdorf  
 01. September 2020 FTA Wanderung

#### Ferien-Tages-Angebote für Erding

20. August 2020 FTA Englischer Garten  
 27. August 2020 FTA Hermannsdorf  
 03. September 2020 FTA Wanderung

05. September 2020 Besuch bei Imkerin

10. Oktober 2020 Tag auf dem Bauernhof

12. September 2020 Kochen mit der AWO

24. Oktober 2020 Bowling in Brunnthal

26. September 2020 Kunst in Ebersberg

### Ich komme zum Offenen Treff am:

11. September 2020

02. Oktober 2020

### 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