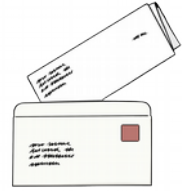


Anmeldung für OBA-Angebote von März bis Juni 2022

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: b.siebler@awo-kv-ebe.de



Oder als Fax:

an die Nummer: 0 81 21 – 93 34 50



Bitte beachten:

Die Anmeldung beginnt am **21. Februar 2022!!!**

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:	<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
ACHTUNG WICHTIG!!! SCHWERER TEXT:	
Aus rechtlichen Gründen benötigen wir dazu 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:

Wie ist die Telefon-Nummer von meiner Vertretung?

Wie ist die Handy-Nummer von meiner Vertretung?

Wie ist die E-Mail-Adresse von meiner Vertretung?

Ich nehme teil bei:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 19. März 2022 <i>Schnitzeljagd</i> | <input type="checkbox"/> 22. April 2022 FTA Alpakas Besuch |
| <input type="checkbox"/> 02. April 2022 <i>Flugwerft München</i> | <input type="checkbox"/> 07. Mai 2022 <i>OBA Tanz-Party</i> |
| <input type="checkbox"/> 19. April 2022 FTA Einen Tag selbst planen | <input type="checkbox"/> 14. Mai 2022 <i>Badria Wasserburg</i> |
| <input type="checkbox"/> 20. April 2022 FTA Pullman City | <input type="checkbox"/> 28. Mai 2022 <i>Kochen in der AWO</i> |
| <input type="checkbox"/> 21. April 2022 FTA Lokschuppen Rosenheim | <input type="checkbox"/> 25. Juni 2022 <i>Wandern in den Bergen</i> |

Ich komme zum Offenen Treff am:

04. März 2022
 01. April 2022
 06. Mai 2022
 03. Juni 2022

Ich komme zum Kegelclub am:

- Samstag den 12. März 2022
 Samstag den 30. April 2022
 Samstag den 21. Mai 2022

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 Kunde/Kundin

.....
Unterschrift der Vertretung

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 Kunde/Kundin Unterschrift der Vertretung