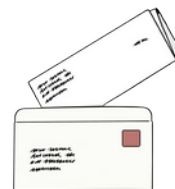


# Anmeldung OBA-Angebote von Juli bis Oktober 2022

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](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 **20. Juni 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!**

<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, Sonnencremes etc.	
<b>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.</b>	

## 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:

02. Juli 2022 *Schwimmen*  
 10. September 2022 *Alpakas Besuch*  
 15. Oktober 2022 *Stadtrundgang Augsburg*

Ich komme zum Offenen Treff am:

01. Juli 2022  
 16. September 2022  
 07. Oktober 2022

Ich komme zum Kegelclub am:

- Samstag den 24. September 2022  
 Samstag den 29. Oktober 2022

Ich nehme teil am Trommelkurs:

- Samstag 22. Oktober 2022  
 Samstag 19. November 2022  
 Samstag 17. Dezember 2022  
 Samstag 21. Januar 2023  
 Samstag 18. Februar 2023

## 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