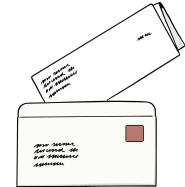


Anmeldung OBA-Angebote von November 2023 bis Februar 2024

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: t.malgrab@awo-kv-ebe.de



Oder als Fax:

an die Nummer: 0 81 21 – 93 34 50



Bitte beachten:

Die Anmeldung beginnt am **Freitag, den 13. Oktober 2023**

Nicht früher!!!

Die Anmeldung nur für die Kindergruppe, beginnt am 02. Oktober!!

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 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:

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.

Teilnahme an den Tages-angeboten ab 12 Jahren.

Teilnahme an der Kinder-gruppe von 7 bis 12 Jahren.

Ich nehme teil bei:

11. November 2023 OBA Tanz-party
 02. Dezember 2023 Koch-kurs für ALLE
 27. Januar 2024 Schokoladen-fabrik
 03. Februar 2024 OBA – Kino Tag

Ich komme zum Offenen Treff am:

- Freitag den 03. November 2023
 Freitag den 08. Dezember 2023
 Freitag den 12. Januar 2024
 Freitag den 09. Februar 2024 (Fasching)

Ich nehme am Bowling teil:

- Samstag den 25. November 2023
 Samstag den 16. Dezember 2023
 Samstag den 13. Januar 2024
 Samstag den 24. Februar 2024

Ich nehme an der Kindergruppe teil:

- Samstag den 14. Oktober 2023
 Samstag den 19. November 2023
 Samstag den 09. Dezember 2023
 Samstag den 20. Januar 2024
 Samstag den 17. Februar 2024

Wie wird bei Gruppen-angeboten bezahlt?

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

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

Dieses Geld nennt man auch: **Gestaltungs-kosten**

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