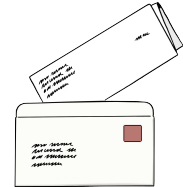


Anmeldung OBA-Angebote von November 2024 bis Februar 2025

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

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 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.

Ich nehme teil bei:

30. November 2024 Tanz-Party LUISE
 14. Dezember 2024 VHS Kochen
 18. Januar 2025 Schlittschuh laufen
 15. Februar 2025 Kino

Ich komme zum Offenen Treff am:

- Freitag 15. November 2024
 Freitag 06. Dezember 2024
 Freitag 10. Januar 2025
 Freitag 07. Februar 2025

Ich nehme am Bowling teil:

- Samstag 23. November 2024
 Samstag 21. Dezember 2024
 Samstag 25. Januar 2025
 Samstag 22. Februar 2025

Ich komme zur Kindergruppe:

- Samstag 16. November 2024
 Samstag 14. Dezember 2024
 Samstag 11. Januar 2025
 Samstag 08. Februar 2025

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