

Anmeldung für OBA-Reisen 2025 der AWO

Anmelden können Sie sich so:

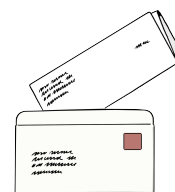
Mit der Post:

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 **08. Januar 2025!!!**

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 Pflege-grad
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, Hustenbonbons, Sonnencremes etc.	
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.	

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:

Wie ist die Telefon-nummer von meinem Vertreter?

Wie ist die Handy-nummer von meinem Vertreter?

Wie ist die E-Mail-Adresse von meinem Vertreter?

Ich nehme bei der Wochen-end-reisen teil:

Männer-Wochenende Freitag 25. bis Sonntag 27. April 2025

Southside Donnerstag 19. bis Montag 23. Juni 2025

Fauen-Wochenende Freitag 03. bis 05. Oktober 2025

Ich nehme bei der Wochen-reisen teil:

Hütten-Woche Allinger Stube Samstag 07. bis Freitag 13. Juni 2025

Reiter-Freizeit Aßling Sonntag 10. bis Samstag 16. August 2025

Erholungs-Urlaub Warterweil Samstag 23. bis 30. August 2025

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 diesen 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 stehen im Programm-heft Reisen 2025

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