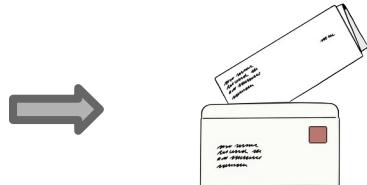


# Anmeldung für OBA-Reisen 2026 der AWO

Anmelden können Sie sich so:

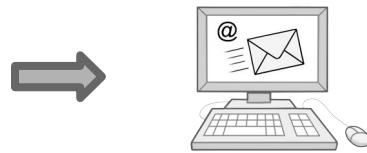
Mit der Post:

AWO Kreisverband Ebersberg e.V.  
Offene Behindertenarbeit  
Herzog-Ludwig-Straße 20  
85570 Markt Schwaben



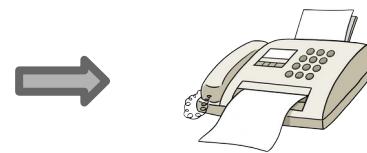
Oder als E-Mail:

an die E-Mail-Adresse: [t.malgrab@awo-kv-ebe.de](mailto:t.malgrab@awo-kv-ebe.de)



Oder als Fax:

an die Nummer: 0 81 21 – 93 34 50



Bitte beachten:

Die Anmeldung beginnt am **12. Januar 2026!!!**

**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 Pflege-grad</b>
<b>Ich habe Epilepsie:</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Ich muss beim Ausflug Medikamente nehmen:</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<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, Hustenbonbons, Sonnencremes etc.	
Lieg <del>t</del> 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:

Postleitzahl:

Ort:

Wie ist die Telefonnummer von meinem Vertreter?

Wie ist die Handynummer von meinem Vertreter?

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

Ich nehme bei der Wochenendreisen teil:

- Erholungs-Wochenende Bayreuth Freitag 24. bis Sonntag 26. April 2026
- Southside Donnerstag 18. bis Montag 22. Juni 2026
- Erlebnis-Wochenende Freitag 18. bis 20. September 2026

Ich nehme bei der Wochenreisen teil:

- Hütten-Woche Allinger Stube Montag 25. bis Freitag 29. Mai 2026
- Sommer-Freizeit Aßling Sonntag 9. bis Samstag 15. August 2026
- Erholungs-Urlaub Dresden Samstag 22. bis Freitag 28. 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: **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 stehen im Programm-heft Reisen 2026**

Bei Fragen rufen Sie uns bitte an unter: **08 12 1 / 93 34 47**

**Bitte hier noch unterschreiben**

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift des Kunden

.....  
Unterschrift des Vertreters