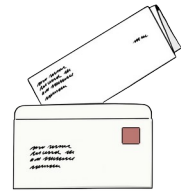


# Anmeldung für OBA-Reisen 2026 der AWO

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!**

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:	
<b>Bitte ankreuzen!</b>	
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
<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.	
<b>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.</b>	



## 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