Anmeldung OBA-Angebote von Nov. 2026 bis Feb. 2027

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 **26. Oktober 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:	

Bitte ankreuzen!

Ich habe den Pflegegrad: ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5**

oder ☐ **ich habe keinen Pflegegrad**

Ich habe Epilepsie: ☐ **JA** ☐ **NEIN**

Ich muss beim Ausflug Medikamente nehmen: ☐ **JA** ☐ **NEIN**

Ich nehme die Medikamente:

☐ **regelmäßig**

☐ **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!!!
Wenn sie das Etxra·blatt Datenschutz gerne haben möchten.
Dann senden wir es gerne zu. Sagen sie uns einfach bescheid.
Sie können das Extra·blatt auch auf unserer Internet·seite finden.

Ich nehme teil bei:

- ☐ Plätzchen backen **28. November 2026**
- ☐ OBA – Kino Tag **12. Dezember 2026**
- ☐ Schlitt·schuh·laufen **23. Januar 2027**
- ☐ Ägypische Kunst **20. Februar 2027**

Ich nehme am Bowling teil:

- ☐ Samstag den **21. November 2026**
- ☐ Samstag den **19. Dezember 2026**
- ☐ Samstag den **30. Januar 2027**
- ☐ Samstag den **27. Februar 2027**

Ich komme zum Offenen Treff am:

- ☐ Freitag den **13. November 2026**
- ☐ Freitag den **04. Dezember 2026**
- ☐ Freitag den **15. Januar 2027**
- ☐ Freitag den **05. Februar 2027**

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:

…….....I.....I.....

Ort / Datum | Unterschrift Kunde/Kundin | Unterschrift der Vertretung