Samariterstiftung Behindertenhilfe Ostalb

Offene Hilfen

Jahnstraße 14

73431 Aalen

Bei Fragen: 07361 564 319

Anmeldung per E-Mail: selina.dietel@samariterstiftung.de

**Anmeldung zu einem Freizeit-Angebot**

Ich melde mich für folgende Angebote an:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Angebots-Nummer** | **Angebot**  | **Angebots-Termin** | **Fahr-Dienst** vom Abfahrts-Ort zum Treff-Punktsiehe Seite 11 |
|  - |  |  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
|  - |  |  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
|  - |  |  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
|  - |  |  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |

Ich habe einen **Gutschein** mit der Nummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ über einen Betrag von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €.

**Die Teilnahme-Bedingungen auf der Seite 8 habe ich verstanden.**

**Ich akzeptiere sie.**

**Manchmal ist es für ein Freizeit-Angebot notwendig: Sie geben meinen Namen und Infos über mich weiter. Damit bin ich einverstanden.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

Machen Sie auf der Rückseite bitte noch weitere persönliche Angaben.

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorname:** |  |
| **Nachname:** |  |
| **Straße:** |  |
| **PLZ und Ort:** |  |
| **Geburts-Datum:** |  |
| **Handy-Nummer:** |  |
| **E-Mail-Adresse:** |  |
| Dürfen wir **Fotos von Ihnen veröffentlichen**? Zum Beispiel auf der Facebook-Seite von der Behindertenhilfe Ostalb, auf der Webseite von den Offenen Hilfen oder in Zeitungen.Ich bin damit einverstanden:Ja [ ]  Nein [ ]  |

**Wohnen** Sie in einem **Angebot** von der **Samariterstiftung**?

Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja: in welchem **Wohn-Angebot** von der **Samariterstiftung** leben Sie?

* Besondere Wohn-Form [ ]
* Betreutes Wohnen in Familien [ ]
* Ambulant betreutes Wohnen [ ]

**Name Wohn-Gruppe / Mitarbeiter oder Mitarbeiterin** (auch extern)**:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefon-Nummer und E-Mail-Adresse Wohn-Gruppe / Mitarbeiter oder Mitarbeiterin:**

(auch externe Wohn-Gruppen)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(auch externe Wohn-Gruppen)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

An wen sollen wir die **Rechnung** schicken?

An mich [ ]  An gesetzlichen Betreuer [ ]  An Angehörige [ ]

Rechnung geht an gesetzlichen Betreuer oder Angehörige? Dann füllen Sie bitte aus:

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Adresse: |  |
| Telefon-Nummer: |  |

Ich habe einen **Pflege-Grad:** nein [ ]

* ja [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 [ ]

Ich möchte das Angebot über folgenden **Preis** abrechnen:

* [ ]  **Preis A:** Selbst-Zahler
* [ ]  **Preis B:** Pflege-Kasse zahlt einen Teil der Kosten

Sind Sie in einer besonderen Wohn-Form? Und bekommen Ihre Angehörigen Pflege-Tagegeld? Nur dann ist das möglich*.*

Dafür möchte ich nutzen:

 [ ]  Entlastungs-Betrag [ ]  Verhinderungs-Pflege

**Ich habe** Bitte ankreuzen. Die Infos sind notwendig für Buchungen von Tickets.

* einen **Behinderten-Ausweis** ja [ ]  nein [ ]

 mit dem Grad der Behinderung von \_\_\_\_ Merk-Zeichen: \_\_\_\_

* ein **Merk-Zeichen B (Begleitperson)** ja [ ]  nein [ ]
* eine **Wert-Marke** ja [ ]  nein [ ]
* einen **Rollator** ja [ ]  nein [ ]
* einen **Rollstuhl** ja [ ]  nein [ ]

Ich kann alleine vom Rollstuhl umsitzen ja [ ]  nein [ ]

**Ich habe**

* **Allergien**  ja [ ]  nein [ ]

Welche Allergien: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Diabetes** ja [ ]  nein [ ]

Ich muss gespritzt werden ja [ ]  nein [ ]

* **Epilepsie** ja [ ]  nein [ ]

Was muss man bei einem Anfall beachten?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie ein Notfall-Medikament dabei? ja [ ]  nein [ ]

**Ich brauche Hilfe** Bitte ankreuzen. Die Infos sind für die Begleitpersonen wichtig.

* beim Medikamente einnehmen ja [ ]  nein [ ]

Ja? Dann müssen Sie uns den Medikamenten-Plan und die Medikamente in einem Medikamenten-Schieber geben.

Darauf muss Ihr Name stehen.

Dies gilt auch für Notfall-Medikamente. Zum Beispiel für Diazepam.

* beim Toiletten-Gang ja [ ]  nein [ ]
* bei der Fortbewegung ja [ ]  nein [ ]
* an der Hand führen ja [ ]  nein [ ]
* den Rollstuhl schieben ja [ ]  nein [ ]
* beim Straße überqueren ja [ ]  nein [ ]
* beim Bezahlen ja [ ]  nein [ ]
* um mich mitzuteilen ja [ ]  nein [ ]
* ich kann schwimmen ja [ ]  nein [ ]

**Ich brauche**

* Einzel-Betreuung ja [ ]  nein [ ]

**Das ist sonst noch wichtig:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_