Samariterstiftung Behindertenhilfe Ostalb

Offene Hilfen

Jahnstraße 14

73431 Aalen

Bei Fragen: 07361 564 319

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

**Anmelden 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 13 |
|  - |  |  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
|  - |  |  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
|  - |  |  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
|  - |  |  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |

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

**Die Regeln für die Teilnahme auf der Seite 8 habe ich verstanden.**

**Ich akzeptiere sie.**

**Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und Infos über mich weitergegeben werden, wenn es für die Freizeit-Angebote notwendig ist.**

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

Datum Unter-Schrift

Auf der Rück-Seite bitte noch weitere persönliche Angaben machen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorname:** |  |
| **Nachname:** |  |
| **Straße:** |  |
| **PLZ und Ort:** |  |
| **Geburts-Datum:** |  |
| **Handy-Nummer:** |  |
| **Email-Adresse:** |  |
| Ich hatte **Corona**: Ja [ ]  Nein [ ] Wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ich bin gegen **Corona geimpft**? Ja [ ]  Nein [ ] Bitte genaue Daten angeben3. Impfung am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. Impfung am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ich bin mit der **Veröffentlichung meiner Fotos** *(bspw. im Facebook-Account der Behindertenhilfe Ostalb, auf der Homepage der Offenen Hilfen, in Zeitungen)* einverstandenJa [ ]  Nein [ ]  |

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

Ja [ ]  Nein [ ]

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

* Besondere Wohnform [ ]
* Betreutes Wohnen in Familien [ ]
* Ambulant Betreutes Wohnen [ ]

**Name der Wohngruppe / des Mitarbeiters:**

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

**Telefon-Nummer der Wohn-Gruppe / des Mitarbeiters:**

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

An wen soll die **Rechnung** geschickt werden?

An mich [ ]  An gesetzlichen Betreuer [ ]  An Angehörigen [ ]

*Nur auszufüllen, wenn Rechnung an gesetzliche Betreuung oder Angehörige geht*

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Adresse: |  |
| Telefonnummer: |  |

Ich habe einen **Pflegegrad**

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

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

* [ ]  **Preis 1:** Selbst-Zahler
* [ ]  **Preis 2:** Pflege-Kasse zahlt einen Teil der Kosten

*Für Personen in besonderen Wohnformen nur möglich, wenn von den Angehörigen Pflegetagegeld bezogen wird.*

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 [ ]

Im Behinderten-Ausweis steht ein

Grad der Behinderung von \_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ich kann alleine vom Roll-Stuhl 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 Not-Fall-Medikament dabei? ja [ ]  nein [ ]

**Ich brauche Hilfe** *(bitte ankreuzen, die Infos sind für die Begleitpersonen wichtig)*

* beim Medikamente einnehmen ja [ ]  nein [ ]

Wenn ja, muss eine persönliche Übergabe des Medikamenten-Plans und der Medikamente in einem namentlich beschrifteten Medikamenten-Schieber erfolgen.

Dies gilt auch für Not-Fall-Medikamente, wie zum Beispiel Diazepam.

* beim Toiletten-Gang ja [ ]  nein [ ]
* bei der Fortbewegung ja [ ]  nein [ ]

Hand-Führung ja [ ]  nein [ ]

Schieben des Roll-Stuhls ja [ ]  nein [ ]

* beim Straße überqueren ja [ ]  nein [ ]
* beim Bezahlen ja [ ]  nein [ ]
* mich mitzuteilen ja [ ]  nein [ ]

**Ich brauche**

* Einzel-Betreuung ja [ ]  nein [ ]

**Was ist sonst noch wichtig:**

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

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

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