

Anmeldung zu einem Freizeit-Angebot

Ich melde mich für folgende Angebote an:

Angebots- Nummer	Angebot	Angebots- Termin	Fahr-Dienst vom Abfahrts-Ort zum Treff-Punkt siehe Seite 12	
-			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

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? <small>Zum Beispiel auf der Facebook-Seite und Instagram-Seite von der Behindertenhilfe Ostalb, auf der Webseite von den Offenen Hilfen oder in Zeitungen.</small> Ich bin damit einverstanden: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

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:	
E-Mailadresse:	

Wie sollen wir die Rechnung verschicken?

Per E-Mail Per Post

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 _____
- ein **Merk-Zeichen B (Begleitperson)** ja nein
- Park-Ausweis** für einen Behinderten-Parkplatz ja nein
- eine **Wert-Marke** ja nein
- das **Deutschland-Ticket** ja nein
- einen **Rollator** ja nein
- einen **Rollstuhl** ja nein
Ich kann mit Unterstützung vom Rollstuhl in einen **PKW** umsitzen ja nein
Ich kann mit Unterstützung vom Rollstuhl in einen **Reise-Bus** umsteigen 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

Wann muss das Notfall-Medikament verabreicht werden?

Wann war der letzte Anfall?

Wie oft haben Sie Anfälle?

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

Wie sieht die Unterstützung aus?

- 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: