Samariterstiftung Behindertenhilfe Ostalb

Offene Hilfen

Jahnstraße 14

73431 Aalen

Bei Fragen: 07361 564 319

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

**Anmeldung zu einer Reise**

Ich melde mich für folgende Reisen an:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Reise-Nummer** | **Reise-Ziel** | **Doppel-Zimmer** | **Einzel-Zimmer: wenn möglich** |
| - |  | Ja  mit | Ja |
| - |  | Ja  mit | Ja |
| - |  | Ja  mit | Ja |
| - |  | Ja  mit | Ja |

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

**Die Teilnahme-Bedingungen auf der Seite 5 habe ich verstanden.**

**Ich akzeptiere sie.**

**Manchmal ist es für ein Reise-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:** |  |
| Ich hatte **Corona**: Ja  Nein  Wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ich bin gegen **Corona geimpft:** Ja  Nein  Bitte genaue Daten angeben.  3. Impfung am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Impfung am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 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 Wohn-Gruppe / Mitarbeiter oder Mitarbeiterin**

(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  1  2  3  4  5

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

* **Preis 1:** Selbst-Zahler – Ich nutze **ein** Wohn-Angebot von der Samariterstiftung
* **Preis 2:** Selbst-Zahler – Ich nutze **kein** Wohn-Angebot von der Samariterstiftung
* **Preis 3:** Pflege-Kasse zahlt einen Teil von den 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**

* 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** (bei Flug-Reisen bitte Maße angeben) ja  nein
* einen **Rollstuhl** (bei Flug-Reisen bitte Maße angeben) ja  nein

Ich kann alleine vom Rollstuhl in einen ja  nein

Reise-Bus umsitzen

**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 Grund-Pflege (waschen, Zähne putzen, anziehen) ja  nein
* beim Duschen 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**

* mich in fremder Umgebung orientieren ja  nein
* die Uhr lesen ja  nein

**Ich kann schwimmen**  ja  nein

mit Schwimm-Flügeln oder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ja  nein

**Ich brauche**

Einzel-Betreuung ja  nein

**Das ist sonst noch wichtig** (zum Beispiel bei Flug-Reisen: extra medizinisches Gepäck, Maße (Länge, Breite, Höhe) und Gewicht vom Rollator/Rollstuhl, auf bestimmte Ernährung achten oder Anderes):

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