

Offene Hilfen (OH) für Kurse - Freizeit – Kultur
 Bei Nachfragen Telefon: 07361 564-319
 Anmeldung per Fax: 07361 564-320



Samariterstiftung Behindertenhilfe Ostalb
 Offene Hilfen
 Jahnstraße 14
 73431 Aalen

Anmelden zu einem Angebot

Ich melde mich fest an für:

Angebots- Nummer	Angebot	Angebots- Termin	Fahr-Dienst ^{*1)} vom Abfahrts-Ort zum Treff-Punkt	
			<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"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

***1) Fahr-Dienst:**

Die Abfahrts-Orte und der Preis stehen in der Broschüre vorne.

Die Treff-Punkte stehen in der Broschüre direkt beim Angebot.

Ich habe einen Gutschein mit der Nummer _____
 über einen Betrag von _____ Euro.

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Haus-Nummer: _____

PLZ, Ort, Orts-Teil: _____

Geburts-Datum: _____ Handy: _____

Wohn-Gruppe / ABW-Betreuer / gesetzlicher Betreuer

Telefon von Wohn-Gruppe / Betreuer

E-Mail-Adresse: _____

Die Offenen Hilfen dürfen **Fotos**
 mit mir darauf verwenden Nein Ja

**Die Regeln für die Teilnahme habe ich verstanden.
 Die Regeln für die Teilnahme stehen in der Broschüre vorne.
 Ich akzeptiere sie.
 Vielleicht muss das Angebot kurz-fristig abgesagt werden.
 Oder das Angebot muss auf einen anderen Tag verschoben werden.**

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

Datum

Unterschrift

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

Weitere persönliche Angaben (bitte alles ausfüllen):

Vorname: _____ Nachname: _____

Ich habe

↳ **Geh-Stützen** Nein Ja

↳ einen **Rollator** Nein Ja

↳ einen **Roll-Stuhl** Nein Ja

⇒ mit Schiebehilfe elektrisch

⇒ Ich kann mich vom Roll-Stuhl
selbständig umsetzen Nein Ja

↳ eine **Wert-Marke** Nein Ja

↳ einen **Behinderten-
Ausweis** Nein Ja

⇒ gültig bis: _____

⇒ Grad der Behinderung: _____ %

⇒ Buchstaben: G H aG GI BI

⇒ Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist
nachgewiesen **B**: Nein Ja

Ich habe Pflegegrad _____ und kann **den
Entlastungsbetrag** bei der Pflegekasse
abrechnen Nein Ja

wurde am _____ beantragt

ich möchte informiert werden.

• Ich muss **Pflege-Mittel** mitnehmen Nein Ja
(z.B. Einmal-Hand-Schuhe, Einlagen...)
welche: _____

• Ich nehme **Medikamente** Nein Ja
Bei der Einnahme meiner Medikamente
benötige ich Hilfe Nein Ja

Wenn Ja, muss eine persönliche Übergabe der ärztlichen
Verordnung und der Medikamente in einer namentlich
gekennzeichneten Dose erfolgen!
Dies gilt auch für Notfallmedikamente, wie z.B. Diazepam!

• Ich bin zucker-krank Nein Ja
Wenn Ja, muss unmittelbar nach der Anmeldung
Rücksprache mit den Offenen Hilfen erfolgen!
Dies ist notwendig für die Auswahl der Begleitpersonen.

• Bei mir muss außerdem noch beachtet werden (zum
Beispiel Spritzen, Allergie, Anfälle, helfen bei...)

Mit meiner Unterschrift auf der Vorder-Seite bestätige ich
auch die Richtigkeit meiner Angaben auf dieser Seite.