

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 Angebot

Ich melde mich für folgende Angebote an:

Angebots- Nummer	Angebot	Angebots- Termin	Fahr-Dienst vom Abfahrts-Ort zum Treff-Punkt siehe Seite 14	
-			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 Regeln für die Teilnahme auf den Seiten 8 bis 12 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

Vorname:	
Nachname:	
Adresse:	
PLZ und Ort:	
Geburts-Datum:	
Handy-Nummer:	
Ich hatte Corona : Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Wann? _____	
Ich bin gegen Corona geimpft ? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Vollständig geimpft seit: _____	
Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Fotos 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 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

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

Dafür möchte ich nutzen:

- Entlastungs-Betrag
- Verhinderungs-Pflege

Ich habe

- einen **Behinderten-Ausweis** ja nein
Im Behinderten-Ausweis steht ein Grad der Behinderung von _____
- ein **Merk-Zeichen B** 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

- 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:
