Samariterstiftung Behindertenhilfe Ostalb

Offene Hilfen

Jahnstraße 14

73431 Aalen

Bei Fragen: 07361 564 319

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

**Anmelden zu einer Reise**

Ich melde mich für folgende Reisen an:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Reise-Nummer** | **Reise-Ziel** | **Doppelzimmer** | **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 6 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:** |  |
| **Adresse:** |  |
| **PLZ und Ort:** |  |
| **Geburts-Datum:** |  |
| **Handy-Nummer:** |  |
| Ich hatte **Corona**: Ja  Nein  Wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ich bin gegen **Corona geimpft**? Ja  Nein  2. Impfung am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Booster-Impfung am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Ich bin mit der **Veröffentlichung meiner Fotos** 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 Wohnform
* Betreutes Wohnen in Familien
* Ambulant Betreutes Wohnen

**Name der Wohngruppe / Mitarbeiter oder Mitarbeiterin:**

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

**Telefon-Nummer der Wohn-Gruppe / Mitarbeiter oder /Mitarbeiterin:**

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

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

An mich  An gesetzliche Betreuung  An Angehörige

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

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

Ich habe einen **Pflegegrad**

* nein  1  2  3  4  5

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

* **Preis 1:** Selbst-Zahler – Sie nutzen **ein** Wohn-Angebot der Samariterstiftung
* **Preis 2:** Selbst-Zahler – Sie nutzen **kein** Wohn-Angebot der Samariterstiftung
* **Preis 3:** Pflege-Kasse zahlt einen Teil der Kosten.

Dafür möchte ich nutzen:

Entlastungs-Betrag  Verhinderungs-Pflege

**Ich habe**

* einen **Behinderten-Ausweis** ja  nein

mit 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 um-sitzen 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 Grund-Pflege (waschen, Zähne putzen, anziehen) ja  nein
* beim Duschen ja  nein
* bei der Fortbewegung ja  nein

an der Hand führen ja  nein

Schieben vom Roll-Stuhl ja  nein

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

**Ich kann**

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

**Ich kann schwimmen**  ja  nein

mit Schwimmflügel oder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ja  nein

**Ich brauche**

* Einzel-Betreuung ja  nein

**Was ist sonst noch wichtig** (bspw. auf bestimmte Ernährung achten, …):

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

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