



Freizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung und deren
Angehörige vom Dienstag, 24.05.-Mi. 01.06.2022
im Kurheim Beni Bloch

24. Februar 2022

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V., anerkannt als Anbieter von niedrigschwelligen Leistungen, bietet im Jahr 2022 erneut eine Betreuungsfreizeit für Menschen mit Demenz und deren Angehörige an.

Termin: Dienstag, 24. Mai 2022 – Mittwoch, 1. Juni 2022

Ort: Kurheim Beni Bloch, Rosenstraße 7
97688 Bad Kissingen, Tel.: 0971-71 72 0

Unterbringung: Die Unterbringung erfolgt in Ein- und Doppelbettzimmern

Die Ansprechpartnerinnen:

Graziella Gubinsky (in deutscher Sprache, (на немецком языке) Tel.: 069 944-371-14

Marina Chekalina (in russischer Sprache, (на русском языке) Tel.: 069 – 944-371-19

Teilnehmer: innen:

- Am Angebot können Menschen mit einer dementiellen Erkrankung teilnehmen, welche gruppenfähig, nicht ausgeprägt **pflegebedürftig sind und keine ständige Einzelbetreuung benötigen.**
- Die Personen sollten Entlastungsleistungen bei ihrer Krankenkasse oder dem Sozialamt abrechnen dürfen.

- Die dementiell erkrankten Personen müssen von einem Angehörigen oder Betreuer: in begleitet werden.
- Da das Haus „Kurheim Beni Bloch“ nicht rollstuhlgerecht ausgestattet ist, können Personen mit einer starken Gehbehinderung an dem o. g. Angebot leider nicht teilnehmen.

Teilnahmegebühr:

- **800,00 Euro** für die Person mit einer dementiellen Erkrankung können durch die Pflege- bzw. Krankenkasse abgerechnet werden. (Voraussetzung für die Teilnahme ist die Bewilligung der Pflegekasse oder des Sozialamts über die Eingruppierung in mindestens Pflegegrad 1. Somit können **125€/ monatlich als Entlastungsbetrag** abgerechnet werden.)
- **160,00 Euro** für jede Person (+ 50% der Fahrtkosten pro Person)
Wenn Sie Schwierigkeiten haben diesen Eigenanteil zu finanzieren, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns.

Antrag auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen:

Der Antrag auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (siehe beiliegenden Musterantrag) kann bei der zuständigen Pflegekasse, bzw. dem Sozialamt gestellt werden. Bei der Antragstellung ist das Infoschreiben zu der Betreuungsfreizeit vorzulegen. Wenn Ihr Antrag abgelehnt wird, unterstützen wir Sie gerne dabei, Widerspruch einzulegen.

Die Endabrechnung der Leistung erfolgt über die ZWST, wenn Sie zusammen mit der Anmeldung eine Abtretungserklärung (diesem Schreiben beigelegt) unterschrieben zurückschicken.

Bitte teilen Sie uns die noch vorhandene Möglichkeit der Kostenübernahme durch Mitteilung des Restbudgets mit.

Falls Ihre Teilnahme über einen anderen Kostenträger (z.B. das Sozialamt) oder über eine andere Leistung der Pflegekasse wie z.B. Verhinderungspflege abgerechnet werden kann, bitten wir Sie, uns das mitzuteilen.

Programm:

- Kreative Aktivitäten, Einzelbetreuung, Ausflüge, Kulturprogramm
- In dieser Freizeit erfolgen auch getrennte Aktivitäten für die Menschen mit einer dementiellen Erkrankung und ihre Angehörigen.
- Gesprächsgruppe und Fachvorträge für Angehörige
- Die Freizeit wird bei Bedarf auf Deutsch mit russischer Übersetzung durchgeführt.

Aufgrund der aktuellen Situation bezüglich des COVID-19-Virus kann das Programm dieser Veranstaltung von dem bisherigen Programm etwas abweichen.

Sehr wichtig:

- Bitte beachten Sie, dass für diese Freizeit das Formular der Anmeldung für Menschen mit Demenz und dessen Begleiter: in ausgefüllt werden.
- **Anmeldung mit anliegendem Formular bis spätestens zum Montag, 25. April 2022**
- Wir bitten Sie, das diesem Schreiben beigefügte ärztliche Attest ausgefüllt, sowie einen **Medikamentenplan** zusammen mit Ihrer Anmeldung an uns zurück zu schicken.
- **Aufgrund der aktuellen Situation bezüglich des COVID-19-Virus, bitten wir darum, uns das Formular „Erklärung über den Gesundheitszustand“ ausgefüllt und unterschrieben einen Tag vor Anreise per E-Mail oder per Fax zukommen zu lassen und das Original mitzubringen. Diese Dokumente können Sie uns auch erst nach Eingang der Teilnahmebestätigung einreichen.**
- **Zutritt haben ausschließlich Teilnehmende die eine Auffrischungsimpfung (Booster Impfung) erhalten haben, bzw. deren Zweitimpfung oder überstandene Corona-Erkrankung nicht mehr als drei Monate zurückliegt. Bei Ankunft im Kurheim Edenpark ist die Vorlage eines negativen Corona-Schnelltests erforderlich, der nicht älter als 24 Stunden sein darf. Dieser Test lässt sich kostenfrei an vielen Teststationen in allen Städten durchführen.**
- **Vollständig geimpfte bzw. genesene Personen benötigen einen aktuellen Impfpass bzw. ein Attest. Ausgenommen sind Menschen, die sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können. Für diese Gruppe, ist der Nachweis eines maximal 24 Stunden alten negativen Tests einer zugelassenen Teststation erforderlich. In Innenräume müssen FFP2 oder OP Masken getragen werden.**
- **Alle Teilnehmenden werden weiterhin alle 24 bis 48 getestet. Die Tests hierfür stellt die ZWST zur Verfügung.**
- **Bitte bringen Sie ausreichend Mund-Nasen-Schutzmasken mit.**

Fahrtkosten:

Erstattet werden 50% der Fahrtkosten auf der Basis einer Fahrkarte (Hin- und Rückfahrt) 2. Klasse Spartarif. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass die Abrechnung der Fahrtkosten nur auf Grundlage des jeweils günstigsten Tarifs (z.B. Sparpreis, Gruppenticket etc.) und nur gegen Vorlage des Fahrausweises erfolgen kann.

Taxikosten werden nicht übernommen.

Bitte beachten:

Bei Absagen

-die schriftlich bis spätestens 7 Tage vor Beginn der Maßnahme bei der ZWST Frankfurt eingehen, werden 50 % des Teilnahmebetrages in Rechnung gestellt.

-bei später eingehenden Absagen oder bei Nichtteilnahme wird der Teilnahmebetrag als Stornogebühr von 160,- Euro berechnet.

Wir bedanken uns für die Weiterleitung dieser Informationen.

Bleiben Sie gesund!

Mit besten Grüßen

ZENTRALWOHLFAHRTSSTELLE

Graziella Gubinsky

Graziella Gubinsky

Erklärung über den Gesundheitszustand

Sehr geehrte Teilnehmerinnen, sehr geehrte Teilnehmer,

aufgrund der aktuellen Corona Virus Erkrankungen (COVID- 19) führt die ZWST bei allen Teilnehmenden eine allgemeine Befragung zu Aufenthalt in Risikogebieten und zu möglichen Kontaktpersonen durch. Dies gibt Ihnen, allen anderen Personen und uns die Sicherheit, eine weitere Ausbreitung des Virus zu vermeiden. Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung!

Teilnehmerdaten

Name, Vorname: Geb. -Datum:

Name, Vorname: Geb. -Datum:

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen vollständig

- 1) Hatten Sie in den letzten 2 Wochen einen Aufenthalt in den nach RKI definierten Risikogebieten? oder
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an COVID- 19 erkrankt ist? Ja Nein
- 2) Ist bei Ihnen eines der folgenden Symptome aufgetreten?
 - Trockener Husten mit und ohne Fieber
 - Abgeschlagenheit
 - Atemprobleme
 - Halsschmerzen
 - Kopf- und GliederschmerzenJa Nein

Bei vorsätzlichen Falschangaben und einer damit einhergehenden Ansteckung eines anderen Menschen mit dem Corona Virus handelt es sich um eine Körperverletzung mit einem gesundheitsschädlichen Stoff, also um eine gefährliche Körperverletzung gemäß § 224 Abs. 1 Nr. 1 Strafgesetzbuch (StGB).

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Name gesetzliche(r) Vertreter(in)

Ort, Datum: _____ Unterschrift Vertreter(in) _____

Hiermit versichern Sie weiterhin, dass Sie sich vor Antritt der Reise bei einem Arzt rückversichert haben, dass die Reise für Sie und Ihren Angehörigen kein erhöhtes Risiko darstellt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Auszug aus dem Hygienekonzept für das Kurheim Beni Bloch in Bad Kissingen

Wichtige Hinweise aufgrund der COVID-19-Pandemie:

Generell gilt: Besonders gefährdet sind Personen ab 65 Jahren und Erwachsene mit folgenden Vorerkrankungen:

- Adipositas Grad III (morbid, BMI \geq 40 kg/m²)
- Bluthochdruck
- Chronische Atemwegserkrankungen
- Diabetes
- Erkrankungen und Therapien, die das Immunsystem schwächen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krebs

Bei einem Krankheitszeichen (z.B. Fieber, trockener Husten, Atemproblemen, Verlust des Geschmacks-/Geruchssinns, Halsschmerzen, Gliederschmerzen) bitten wir Sie, zu Hause zu bleiben.

Regeln vor Ort:

- Mindestens 1,50 m Abstand halten.
- Mit den Händen nicht das Gesicht, insbesondere die Schleimhäute berühren, d.h. nicht an Mund, Augen und Nase fassen.
- Keine Berührungen, Umarmungen und kein Händeschütteln.
- Gründliche Händehygiene (z. B. nach dem Naseputzen, Husten oder Niesen; nach der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln; nach Kontakt mit Treppengeländern, Türgriffen, Haltegriffen etc., vor und nach dem Essen; vor dem Aufsetzen und nach dem Abnehmen einer Schutzmaske oder nach dem Toilettengang) :
 - a) Händewaschen mit Seife für mindestens 30 Sekunden.
 - b) Händedesinfektion: Das sachgerechte Desinfizieren der Hände ist dann sinnvoll, wenn ein gründliches Händewaschen nicht möglich ist. Dazu muss Desinfektionsmittel in ausreichender Menge in die trockene Hand gegeben und bis zur vollständigen Abtrocknung ca. 30 Sekunden in die Hände einmassiert werden. Dabei ist auf die vollständige Benetzung der Hände zu achten.
- Öffentlich zugängliche Gegenstände wie Türklinken möglichst nicht mit der vollen Hand bzw. den Fingern anfassen, ggf. Ellenbogen benutzen.
- Husten- und Niesetikette: Husten und Niesen in die Armbeuge gehören zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen! Beim Husten oder Niesen größtmöglichen Abstand zu anderen Personen halten, am besten wegdrehen.
- Mund-Nasen-Schutz ist zumindest in den Pausen und bei der An- und Abreise zu tragen. Dies darf aber nicht dazu führen, dass der Abstand unnötigerweise verringert wird.
- Während der Essenszeiten werden die Familien gebeten, jeweils im Rahmen ihrer Familien an separaten Tischen zu speisen. Gruppentische wird es nicht geben.

Das Tragen von Mund-Nasen-Schutz ist nicht verpflichtend für Personen, denen das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung wegen einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist; dies ist durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen.

Wichtig!

1. Sind Sie gegen das Virus COVID-19 bereits geimpft?

Teilnehmende

Nein

Ja

Angehörige

Nein

Ja

I. Impfung (Datum):

II. Impfung (Datum):

III. Booster-Impfung (Datum):

2. Haben Sie eine nachgewiesene abgelaufene Covid-19-Infektion innerhalb der letzten 6 Monate bzw. sind Sie momentan erkrankt?

Teilnehmende

Nein

Ja

Angehörige

Nein

Ja

Datum der Erkrankung:

Liegt ein ärztliches Attest dieser Anmeldung vor?

Ja

Nein

Liegt ein ärztlicher Medikamentenplan dieser Anmeldung vor?

Ja

Nein

Anmeldung zur Betreuungszeit für Menschen mit einer dementiellen
Erkrankung und deren Angehörige
vom 24.05.-01.06.2022 in Bad Kissingen

Anmeldung: Person mit dementieller Erkrankung

Familienname:

Vorname:

Geboren am:

Geburtsort:

PLZ/Wohnort:

Straße:

Telefon / Handy:

Email:

Beruf:

Art der Beeinträchtigung /Diagnose:

Symptome:

-Ist der Betroffene über das Sozialamt versichert?

Ja Nein

-Ist der Betroffene über die Pflegekasse versichert?

Ja Nein

Welches sind die bevorzugten Freizeitbeschäftigungen, Hobbys des Teilnehmer: in?

Deutschkenntnisse: gering mittel gut

Kenntnisse in anderen Sprachen:

Können Sie Jiddisch? Ja Nein

Zusätzliche allgemeine Hinweise, die Betreuer beachten und wissen sollten:

- Kann der/die Teilnehmer: in an Spaziergängen und Ausflügen mit leichten körperlichen Anstrengungen teilnehmen? (bitte ankreuzen)
Ja Nein
- Hat der/die Teilnehmer: in Schwierigkeiten mit der Orientierung?
Ja Nein Wenn ja, inwiefern:
- Hat der/die Teilnehmer: in Schwierigkeiten an Gruppenaktivitäten teilzunehmen?
Ja Nein Wenn ja, inwiefern:
- Benötigt der/die Teilnehmer: in allgemein Hilfe? (z.B. beim Waschen, Mahlzeiten einnehmen, Räume finden):
- Benötigt der/die Teilnehmer: in eine bestimmte Kost (Diabetes, passierte Kost)?
- Sonstige wichtige Hinweise zu Gewohnheiten, Besonderheiten, Erwartungen, Wünsche:

Zusätzliche Hinweise zu medizinischen Themen:

- Medikamenteneinnahme: benötigt der/die Teilnehmer: in Hilfe bei der Medikamenteneinnahme?
Ja Nein Wenn ja, inwiefern:
- Pflegegrad:
- Pflegedienst: Ist ein Pflegedienst notwendig?
Ja Nein
Wenn ja, für welche Unterstützung?

Im Notfall ist zu benachrichtigen:

Name, Vorname:

Straße:

Platz, Wohnort:

Telefon:

Anmeldung zur Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung und deren Angehörige vom 24.05.- 01.06.2022 in Bad Kissingen

Anmeldung: Angehöriger oder Begleiter: in

Familienname:

Vorname:

Geboren am:

Geburtsort:

PLZ/Wohnort:

Straße:

Telefon / Handy:

Email:

Beruf:

Hobbys:

In unserer Familie ist (Name) _____ Gemeindemitglied in der
Gemeinde _____ seit _____.

Deutschkenntnisse: gering mittel gut

Kenntnisse in anderen Sprachen:

Sprechen Sie Jiddisch?

Die Anreise erfolgt ab 16.00 Uhr. Bitte teilen Sie uns die Uhrzeit Ihrer Anreise mit.

Uhrzeit: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Hiermit stimme ich zu, dass die von mir angegebenen Daten zur Bearbeitung meiner Anmeldung verarbeitet und gespeichert werden dürfen. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an zentrale@zwst.org widerrufen. Unsere allgemeine Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://zwst.org/de/datenschutz/>.

Mit der Bestätigung meiner Anmeldung durch die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. Foto-, Film- und/oder Tonaufnahmen von mir anlässlich der o.g. Veranstaltung macht und diese Aufnahmen unentgeltlich zeitlich und räumlich unbegrenzt in allen zum Zeitpunkt der Unterzeichnung bekannten Nutzungsarten verwendet/veröffentlicht (inklusive soziale Netzwerke). Dies umfasst auch die Umgestaltung, Kürzung und Synchronisierung der Aufnahmen. Ich werde gegenüber der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland keine Ansprüche für Art und Form der Nutzung der oben aufgeführten Aufnahmen durch Dritte (z. B. Runterladen von Aufnahmen und Nutzung) geltend machen.

Sehr geehrte Ärzte, Ihr:e Patient: in möchte an einer Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer Demenzerkrankung in Bad Kissingen teilnehmen. Es ist uns besonders wichtig für unsere Teilnehmer: in und Mitarbeiter: in einen reibungslosen Ablauf der o.g. Freizeit zu gewährleisten. Wir bitten Sie um **genaue Angaben** des gesundheitlichen Zustandes der Betroffenen. Außerdem ist es uns wichtig Ihre Kontaktdaten gut leserlich zu erhalten, um uns bei eventuellen Rückfragen an Sie wenden zu können.

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG für die Teilnahme an einer Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung in der Zeit vom 24.05.- 01.06.2022 in Bad Kissingen	
in der Zeit von:	
Herr/Frau:	geb. am:
PLZ/Wohnort:	Straße:
befindet sich in meiner Behandlung und hat mich von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.	

1. Art der Beeinträchtigung / Diagnose		
2. Ist der/die Patient: in:		
a) reisefähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c) zu einer längeren Busfahrt fähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d) aus med. Gründen in der Gemeinschaft tragbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, Begründung:		

3. Ist eine ständige Medikamentierung erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Begründung		

4. Liegt eine Stuhl- oder Urininkontinenz vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

5. Welche Erkrankung ist zu beachten:	
Psych.-neurologische Beeinträchtigung (z. B. Demenz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Herz _____	
<input type="checkbox"/> Diabetes _____	
<input type="checkbox"/> Cholesterin _____	
<input type="checkbox"/> Leber/Galle _____	
<input type="checkbox"/> Magen/Darm _____	
<input type="checkbox"/> Nieren _____	
<input type="checkbox"/> Allergie _____	
<input type="checkbox"/> Sonst. Leiden _____	
* Zutreffendes bitte ankreuzen	

6. Besteht zurzeit eine akute, bzw. infektiöse Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

7. Ist eine Diät erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------	---

8. Sonstige zu beachtende Hinweise:

<p>Ich bestätige hiermit, dass ich o.g. Patienten am heutigen Tage gesehen und persönlich untersucht habe.</p> <p>Gegen eine Teilnahme an einer Betreuungsfreizeit in Bad Kissingen bestehen ärztlicherseits keine Bedenken.</p>	
Ort und Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes

Hinweis über den Datenschutz: Die Daten dieser Bescheinigung werden ausschließlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.

Nach dieser Vorlage können Sie einen Antrag schreiben.

Antrag auf Betreuungsleistungen

Hiermit beantrage ich einen Entlastungsbetrag von 800,- Euro für eine Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung, die von der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. (ZWST) durchgeführt wird.

Ich bitte Sie den Bedarf zu prüfen.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage: Einladungsschreiben der ZWST e.V.

Abtretungserklärung der Leistungen nach SGB XI

für die Zeit vom _____ bis _____

in Höhe von _____ EUR

Versicherungsnehmer*in:

Vorname, Name _____

Anschrift _____

PLZ, Ort _____

Zuständige Kranken-
bzw. Pflegekasse _____

Adresse _____

Versichertennummer

Leistungserbringer:

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.

(IK) 500601234

Hebelstraße 6

60318 Frankfurt am Main

Tel.: (069) 944 371 19

Hiermit trete ich meine Ansprüche auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen an die ZWST ab.

Dies geschieht unter dem Vorbehalt des schriftlichen Widerrufs zum Monatsende an den Leistungserbringer.

Ort, Datum

Unterschrift
bzw. Vertreter: in

**„Entlastungsbetrag“ für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz,
die Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ vom Sozialamt beziehen
(das sind die Leistungen nach SGB XII statt SGB XI)**

Nicht alle Menschen sind pflegeversichert und werden in die gesetzliche Krankenkasse aufgenommen.

Für diese Menschen bietet die Sozialhilfe (SGB XII) Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ an.

Aufgrund der Pflegereform 2017 gibt es wichtige Änderungen, sowohl in der gesetzlichen Pflegeversicherung, als auch im Sozialrecht.

Ab 01.01.2017 sind die neuen Pflegestärkungsgesetze II und III in Kraft getreten, die weitere Verbesserungen in die gesetzliche Pflegeversicherung bringen. Laut des Pflegestärkungsgesetzes III haben ab 2017 alle Pflegebedürftigen (auch Nichtpflegeversicherte) einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. (§ 64i und § 66 SGB XII).

Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen zur:

1. Entlastung pflegender Angehöriger
2. Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags
3. Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne des § 45a des Elften Buches

Mit diesen Geldern können u.a. folgende zusätzliche Betreuungsleistungen bezahlt werden:

- Betreuungsgruppen für Demenzkranke
- Betreuung, Anleitung und Förderung im kreativen und sportlichen Bereich
- Soziale Betreuung bzw. tagesstrukturierende Maßnahmen

Um diesen Entlastungsbetrag in Anspruch nehmen zu können muss ein Antrag beim Sozialamt

gestellt werden. Einen Musterantrag finden Sie auf Seite 4 dieses Schreibens.

Dieser Betrag wird nicht an die pflegebedürftige Person ausgezahlt, sondern an anerkannte Organisationen, zum Beispiel ZWST, die solche Leistungen erbringen.

Der monatliche Leistungsbetrag kann angespart und auf das nächste Kalenderjahr übertragen werden (bis Ende Juni).