



Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer geistigen oder
psychischen Beeinträchtigung (bis 55 Jahre)
im Mai 2023 im Kurheim Beni Bloch in Bad Kissingen

November 2022

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Familien, liebe Freunde,

der Inklusionsfachbereich Gesher der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.,
anerkannt als niedrigschwellige Einrichtung, freut sich, Sie zu einer Betreuungsfreizeit in Bad
Kissingen einladen zu können.

Termine: **1.Turnus: Dienstag, 02.05. – Dienstag, 09.05.2023**
 2.Turnus: Dienstag, 09.05. – Dienstag, 16.05.2023

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

Unterbringung: Die Unterbringung erfolgt in Ein- und Doppelbettzimmern

Aufgrund der aktuellen Ereignisse im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie hat die
Hauswirtschaftsleitung des Kurheims ein Hygienekonzept ausgearbeitet, dessen Einhaltung
weiterhin unabkömmliche Voraussetzung für die erfolgreiche Teilnahme an dieser Freizeit ist.

**Laut dieser Hygienevorschriften darf das Hotel nur mit einer begrenzten Anzahl von Gästen
belegt werden.**

Teilnehmende:

- An der Maßnahme können Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder geistigen Behinderung teilnehmen. Sie sollten gruppenfähig und nicht erheblich pflegebedürftig sein sowie keine ständige Einzelbetreuung benötigen.
- Die Personen können Entlastungsleistungen bei ihrer Krankenkasse oder dem Sozialamt abrechnen.
- Da das Hotel nicht rollstuhlgerecht ausgestattet ist, können Personen mit einer starken Gehbehinderung an der o. g. Maßnahme nicht teilnehmen.

Programm:

Im Programm sind getrennte und gemeinsame Aktivitäten für Menschen mit Behinderung bzw. ihre Angehörigen vorgesehen.

Wichtig:

- Da nur eine begrenzte Anzahl an Plätzen zur Verfügung steht, weisen wir darauf hin, dass eine Anmeldung noch keine Teilnahmebestätigung ist.
- Anmeldungen mit anliegendem Formular müssen **bis spätestens Freitag, den 31.03.2023 vorliegen.**
- Für diese Familienfreizeit muss das Anmeldeformular für Menschen mit Behinderung und für Ihre:n Angehörige:n bzw. Begleiter:in ausgefüllt werden!
- Bitte fügen Sie Ihrer Anmeldung ein ärztliches Attest (s. Seite 11) sowie einen Medikamentenplan hinzu. Diese Dokumente können Sie uns auch erst nach Eingang der Teilnahmebestätigung einreichen.

Kosten:

- **Eigenanteil: 140,- Euro + 50% der Fahrtkosten pro Person für den I. Turnus**
- **Eigenanteil: 140,- Euro + 50% der Fahrtkosten pro Person für den II. Turnus**

Leistungen der Pflegekasse bzw. des Sozialamtes:

- **700,- Euro** für die Person mit einer Behinderung **für den I. Turnus**
- **700,- Euro** für die Person mit einer Behinderung **für den II. Turnus**

Wenn Sie Schwierigkeiten haben, diesen Eigenanteil zu finanzieren, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns.

Für die Person mit einer psychischen Erkrankung oder geistigen Behinderung können die Kosten durch die Pflege- bzw. Krankenkasse abgerechnet werden. Voraussetzung ist die Bewilligung der Pflegekasse oder des Sozialamtes über die Eingruppierung in mindestens Pflegegrad 1. Somit können **125€/ monatlich als Entlastungsbetrag** abgerechnet werden (s. Information S.12).

Der Antrag auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen kann bei der zuständigen Pflegekasse bzw. Sozialamt gestellt werden. Bei der Antragstellung ist das Infoschreiben zu der Betreuungsfreizeit vorzulegen.

Mehr Informationen hinzu können Sie auf ZWST-Internetseite www.zwst.org unter den folgenden Link finden:

https://zwst.org/sites/default/files/2021-07/Entlastungsbetrag_Zusatzinfos.pdf

Die Endabrechnung der Leistung erfolgt durch die ZWST, wenn Sie zusammen mit der Anmeldung eine Abtretungserklärung (diesem Schreiben beigelegt, s. S.10) unterschrieben zurückgeschickt haben.

Bitte teilen Sie uns noch vorhandene Möglichkeiten der Kostenübernahme durch Angabe 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.

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.
- Im Sparpreis nicht enthaltene Zubringerkosten (z.B. Taxi etc.) werden von uns nicht übernommen.
- Mit PKW werden 50% Fahrkosten (0,20 Cent / km) erstattet, max. bis 130,- Euro.

Bitte beachten!

Bei Absagen, die schriftlich bis spätestens 7 Tage vor Beginn der Maßnahme bei der ZWST Frankfurt eingehen, werden 70,- Euro in Rechnung gestellt.

Bei später eingehenden Absagen oder bei Nichtteilnahme wird der Teilnahmebetrag als Stornogebühr von 140,- Euro berechnet.

Zur Kenntnis!

Im Vorfeld möchten wir Sie über die Bildungsfreizeit in Bad Sobernheim informieren. Diese findet vom Montag, 21.08 bis Sonntag, den 27.08.2023 statt.

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 ≥ 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 Toiletten-Gang) :
 - 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 wegrehen.
- 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.

Ansprechpartnerin:

Marina Chekalina (auch in russischer Sprache)

Mittwoch, Donnerstag, Freitag von 10.00 – 13.00 Uhr

Tel.: 069 – 944-371-19

Fax: 069 - 494817

E-Mail-Adresse: chekalina@zwst.org

Wir hoffen auf zahlreiche Anmeldungen und wünschen Ihnen und Ihren Angehörigen alles Gute!

ZENTRALWOHLFAHRTSSTELLE

Ilya Daboosh

- Leitung Sozialreferat -

Dr. Dinah Kohan

- Leiterin des Inklusionsfachbereiches Gesher -

Inklusionsfachbereich GESHER

Anmeldung zur Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer geistigen oder psychischen
Beeinträchtigung im Mai 2023 in Bad Kissingen

Bitte kennzeichnen Sie, an welcher Veranstaltung Sie teilnehmen möchten.

- ☐ Ich kann an der Betreuungsfreizeit vom 02.05 - 09.05.2023 teilnehmen (1. Freizeit).
- ☐ Ich kann an der Betreuungsfreizeit vom 09.05. - 16.05.2023 teilnehmen (2. Freizeit).
- ☐ Ich kann zu beiden Zeitpunkten, möchte aber lieber an der _____ Freizeit teilnehmen.

Anmeldung: Person mit Behinderung

Familienname: _____

Vorname: _____

geboren am: _____ Geburtsort: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Straße: _____

Telefon / Handy: _____

E-Mail: _____

Art der Beeinträchtigung/ Diagnose: _____

Symptome: _____

Sind Sie versichert?

Über die **Pflegekasse** Ja ☐

Über das **Sozialamt** Ja ☐

Pflegegrad: _____

**Benötigen Sie während der oben genannten Betreuungsfreizeit ärztlich verordnete
Leistungen eines Pflegedienstes?**

Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, welche: _____

Welche sind Ihre bevorzugten Freizeitbeschäftigungen? _____

Können Sie bei Spaziergängen und Ausflügen mit leichten körperlichen Anstrengungen dabei sein? (bitte ankreuzen)

Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Schwierigkeiten an Gruppenaktivitäten teilzunehmen? Wenn ja, inwiefern:

Benötigen Sie Hilfe, wie z.B. beim Waschen, Mahlzeiten einnehmen, Räume finden?

Möchten Sie gerne im Speisesaal an einem Tisch mit anderen Teilnehmenden sitzen, getrennt von Ihrem:r Begleiter:in Ja ☐ Nein ☐

Zusätzliche Hinweise, die Betreuer:innen beachten und wissen sollten (z. B. Angaben wie **Diäten, Besonderheiten, Erwartungen, Wünsche**): _____

Haben bzw. nutzen Sie ein digitales Gerät wie z.B.:

Handy	PC (Computer)	Laptop	Tablett
☐	☐	☐	☐

Bitte zutreffendes ankreuzen.

Ort, Datum

Unterschrift vom Teilnehmenden bzw. rechtl. Vertreter

Anmeldung: Angehörige:r / Begleiter:in

Familienname: _____

Vorname: _____

geboren am: _____ Geburtsort: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Straße: _____

Telefon / Handy: _____

E-Mail: _____

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

Zusätzliche Hinweise, die Betreuer:innen beachten und wissen sollten (z. B. Angaben wie
Diäten, Besonderheiten, Erwartungen, Wünsche): _____

Haben Sie als Angehöriger einen Pflegegrad? Ja ☐ Nein ☐
wenn Ja, welchen? _____

**Benötigen Sie während der oben genannten Betreuungsfreizeit ärztlich verordnete
Leistungen eines Pflegedienstes?** Ja ☐ Nein ☐
Wenn Ja, welche: _____

Ich bin einverstanden, dass:

mein:e Angehörige:r bei den Mahlzeiten an einem Tisch mit anderen Teilnehmenden zusammensitzt:

Ja ☐ nach Absprache ☐ Nein ☐

Ich möchte gerne eine:n zusätzliche:n Begleiter:in für meinen Angehörigen mit
Beeinträchtigung mitnehmen. Diese:r wird über Pflegeleistungen meines Angehörigen wie
z.B. Verhinderungspflege bzw. privat finanziert. Nein ☐ Ja ☐

Wenn Ja,

☐ ich organisiere das selber

☐ ich möchte gerne, dass die ZWST für mich eine:n Begleiter:in organisiert.

In jedem Fall nimmt die ZWST Kontakt zu Ihnen auf.

Haben bzw. nutzen Sie ein digitales Gerät wie z.B.

Handy PC (Computer) Laptop Tablett

☐ ☐ ☐ ☐

Bitte zutreffendes ankreuzen.

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):

IV. Weitere Impfungen (Daten):

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 ☐

☐ 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@zwstf.org widerrufen. Unsere allgemeine Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://zwstf.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.

Ort, Datum

Unterschrift

Abtretungserklärung der Leistungen nach SGB XI

für die Zeit vom _____ bis _____

in Höhe von _____ EUR

Versicherte:r

Vorname, Name:

Anschrift:

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 e.V. ab.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten
bzw. rechtl. Vertreter

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

FÜR DIE TEILNAHME AN EINER **AKTIV-FREIZEIT** FÜR MENSCHEN MIT INKLUSIONSBEDARF 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. Ist der Patient:

a) reisefähig? ja ☐ nein ☐

b) gehfähig? ja ☐ nein ☐

c) zu einer längeren Busfahrt fähig? ja ☐ nein ☐

d) aus med. Gründen in der Gemeinschaft tragbar? ja ☐ nein ☐

Wenn nein, Begründung: _____

e) während des Erholungsaufenthaltes auf ständige ärztliche Betreuung angewiesen?

ja ☐ nein ☐

2. Ist eine ständige Medikamentierung erforderlich?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, Begründung: _____

3. Ist eine Diät erforderlich?

ja ☐ nein ☐

Welche Erkrankung ist zu beachten:

a) Herz ☐ _____

b) Diabetes ☐ _____

c) Cholesterin ☐ _____

d) Leber/Galle: ☐ _____

e) Magen/Darm: ☐ _____

Nieren ☐ _____

f) Allergie ☐ _____

g) Psych.-Neurol. ☐ _____

Sonst. Leiden ☐ _____

* Zutreffendes bitte ankreuzen!!!!

4. Liegt eine Stuhl- oder Urininkontinenz vor? ja ☐ nein ☐

5. Besteht zur Zeit eine akute, bzw. infektiöse Erkrankung? ja ☐ nein ☐

6. Sonstige zu beachtende Hinweise: _____

*Ich bestätige hiermit, daß ich o.g. Patienten am heutigen Tage gesehen und persönlich untersucht habe.
Gegen eine Teilnahme an einer Betreuungsfreizeit in Bad Kissingen bestehen ärztlicherseits keine Bedenken.*

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

**„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).

Перевод

Активный отдых для людей с психическими заболеваниями или отклонениями в умственном развитии и их родственников в мае 2023 в Бад Киссингене

ноябрь 2022

Уважаемые дамы и господа!

Мы рады сообщить вам о проведении нашего ежегодного отдыха в Kurheim Beni Bloch в Бад Киссингене и приглашаем вас и членов вашей семьи принять в нем участие.

Центральная благотворительная организация евреев Германии (ZWST e.V.), проект GESHER, признана медицинской службой больничных касс (MDK) как организация, имеющая право на проведение подобных мероприятий.

Даты заездов:

- 1-й заезд: вторник, 02.05. – вторник, 09.05.2023
- 2-й заезд: вторник, 09.05. – вторник, 16.05.2023

Место проведения: Kurheim Beni Bloch
Rosenstraße 7
97688 Bad Kissingen
телефон: 0971-71 72-0; факс: 0971- 71 72 72

Размещение участников в одно- или двухместных номерах (в зависимости от состава семьи).

В связи с существующим положением и на основании решений правительства Германии и рекомендаций Robert-Koch-Института администрация отеля разработала правила приема, размещения и пребывания гостей и персонала в отеле во время пандемии. Согласно этим правилам только **ограниченное число участников может принять участие в одном из заездов.**

Это мероприятие ориентировано на людей:

- способных принимать участие в групповых мероприятиях и не нуждающихся или нуждающихся в незначительной степени в постороннем уходе;
- проживающих дома и получающих выплаты для лиц, нуждающийся в уходе (от степени по уходу Pflegegrad 1) или дотации от социального ведомства (Sozialamt – Hilfe zur Pflege).

Более подробная информация о финансировании данного мероприятия

размещена на нашей странице в интернете www.zwst.org

https://zwst.org/sites/default/files/2021-07/Entlastungsbetrag_Zusatzinfos.pdf

- лица, передвигающиеся на инвалидных колясках, к сожалению, не могут принять участие в данном мероприятии ввиду отсутствия в отеле EDEN-PARK пандуса.

Программа:

Для участников с ограниченными возможностями и сопровождающих их лиц будут проводиться как отдельные, так и совместные мероприятия.

При необходимости мероприятия будут сопровождаться переводом на русский язык.

Важно:

- Просим вас принять к сведению, что в связи с ограниченным количеством мест в группе подача заявления не является гарантией участия в мероприятии.
- Заявление на участие следует подать на приложенном к письму формуляре не позднее **понедельника, 31 марта 2023 г.**
- Просим заполнить оба формуляра заявления на регистрацию (на участника с ограниченными возможностями и на каждого сопровождающего).
- Для участника с ограниченными возможностями просим приложить к заявлению заполненный вашим лечащим врачом формуляр (**ärztliches Attest**, прилагается к этому письму на стр.11), а также план приема медикаментов, если таковые имеются (**Medikamentenplan**). Эти документы вы можете прислать и позднее, после подтверждения вашего участия в мероприятии.

Стоимость мероприятия:

- **140 евро для каждого участника за 1 заезд**
- **140 евро для каждого участника за 2 заезда**

Если у вас возникнут проблемы с оплатой этого сбора, мы можем в индивидуальном порядке рассмотреть возможные варианты.

После окончания мероприятия **больничной кассе** (Krankenkasse) или **социальному ведомству** (Sozialamt) будет выставлен счет **за участника с инвалидностью** на сумму

- **700 евро за 1 заезд**
- **700 евро за 2 заезда**

Информируйте, пожалуйста, заблаговременно вашу больничную кассу или социальное ведомство о ваших планах, приложив данное информационное письмо.

Мы возьмем на себя оформление всех формальностей в случае, если вы вместе с заявлением на регистрацию вышлете нам подписанную вами доверенность (**стр.10 Abtretungserklärung**).

Просим приложить к вашему заявлению также копию документа, подтверждающего получение от больничной кассы или социального ведомства соответствующих выплат (Pflegegeld), а также актуальную информацию о наличии средств для оплаты данного мероприятия (Restbudget). Для получения этой информации обратитесь, пожалуйста, в вашу больничную кассу.

Если вы планируете оплачивать участие в данном мероприятии через оформление временного ухода, вышлите нам, пожалуйста, копию заявления (Antrag auf Verhinderungspflege), поданного вами в больничную кассу.

Расходы на проезд возмещаются в размере 50% :

- за проезд в вагоне 2 класса туда и обратно по эконом. тарифу (напр., билет по сниженной цене, групповой билет и т.д.). Обращаем ваше внимание на то, что возмещение расходов на проезд осуществляется после проведенного мероприятия и только при предъявлении оригинала проездного билета.
- за проезд на автомобиле из расчета 0,20 Cent / км, max. 130 евро.
- **Расходы на такси не возмещаются.**

Отказ от участия:

отказ от участия в мероприятии должен поступить в ZWST в письменном виде или по телефону не позднее чем за 7 дней до начала заезда. В этом случае вам будет выставлен счет в размере 50% от суммы оплаты за участие, т.е. 70 евро.

При отказе, полученном позднее этого срока, или при неучастии в мероприятии без предупреждения, выставляется счет в размере суммы оплаты за участие, т.е. 140 евро (в качестве аннуляционного сбора).

Важно!

Информируем вас заранее о сроках запланированного мероприятия для людей с ограниченными возможностями и их родственников в **Бад Зобернхайме**.

Оно состоится с понедельника, 21.08 по воскресенье, 27.08.2023 года.

Важнейшие меры и рекомендации:

Лица в возрасте 65 лет и старше со следующими заболеваниями особенно подвержены риску:

- ожирение III степени (патология, ИМТ ≥ 40 кг / м²)
- повышенное артериальное давление
- хронические респираторные заболевания
- сахарный диабет
- заболевания и терапия, ослабляющие иммунную систему
- сердечно-сосудистые заболевания
- онкологические заболевания.

Если у Вас есть какие-либо признаки недомогания как, например, температура, сухой кашель, проблемы с дыханием, потеря вкуса / запаха, боль в горле, боли в теле, мы просим вас оставаться дома.

Правила на территории отеля:

Соблюдайте расстояние не менее 1,50 м ко всем участникам, за исключением проживающих с вами лиц.

НЕ прикасайтесь руками к лицу, особенно к слизистым оболочкам рта, глаз и носа.

Избегайте касаний, объятий и рукопожатий

Тщательная гигиена рук (например, после кашля или чихания; после использования общественного транспорта; после контакта с перилами, дверными ручками, а также до и после еды; перед надеванием и снятием защитной маски, после пользования туалетом):

а) мыть руки с мылом не менее 30 секунд.

б) дезинфекция рук необходима в случае, если тщательное мытье рук невозможно.

Достаточное количество дезинфицирующего средства необходимо нанести на сухие руки и массировать в течение примерно 30 секунд, пока оно полностью не высохнет.

Убедитесь, что руки полностью смочены.

По возможности НЕ прикасайтесь рукой или пальцами к любым общедоступным предметам, таким как дверные ручки или кнопки лифта. Пользуйтесь локтем, если это возможно.

Кашляйте и чихайте в руку или локоть. По возможности, отвернитесь.

По возможности, пользуйтесь туалетом в вашей комнате

Во время еды участники располагаются за отдельными столами, со своими семьями.

Носите защитную маску, как минимум, во время перерывов, а также по прибытии и отъезде. Ношение защитной маски не является обязательным для людей, которые по причине своей инвалидности или по состоянию здоровья этого выполнить не могут. Это исключение должно быть дополнительно отмечено в медицинской справке.

Контакт: Марина Чекалина

по средам, четвергам и пятницам с 10.00 – 13.00

Тел.: 069/94 43 71 19; Факс: 069/49 48 17

E-Mail: chekalina@zwst.org

ЦЕНТРАЛЬНАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЕВРЕЕВ ГЕРМАНИИ

желает вам и вашим близким здоровья и благополучия!

Ilya Daboosh

Руководитель социального отдела

Dr. Dinah Kohan

Руководитель проекта GESHER

Перевод бланка регистрации на участие

Активный отдых для людей с психическими заболеваниями или отклонениями в умственном развитии и их родственников в мае 2023 в Бад Киссингене

Отметьте, пожалуйста, в каком из заездов Вы бы хотели принять участие:

- ☐ 1-й заезд: вторник, 02.05. – вторник, 09.05.2023
☐ 2-й заезд: вторник, 09.05. – вторник, 16.05.2022
☐ я могу принять участие в обоих заездах, но желательно в _____ заезде.

Заявление: (данные лица с ограниченными возможностями)

Имя, фамилия: _____

Дата и место рождения: _____

Актуальный почтовый адрес: _____

Телефон / моб.телефон: _____

Электронный адрес: _____

Вид расстройства/диагноз: _____

Симптомы: _____

Застрахован заявитель через больничную кассу (Pflegekasse)? Да ☐

Застрахован заявитель через социальное ведомство (Sozialamt)? Да ☐

Степень необходимости в уходе (Pflegegrad) _____

Нуждается заявитель во время проведения мероприятия в услугах фирмы по уходу (Pflegedienst)? Да ☐ Нет ☐

Если да, то в каких именно: _____

Может заявитель принимать участие в прогулках и экскурсиях с легкими физическими нагрузками? (просьба отметить) Да ☐ Нет ☐

Какие трудности могут возникнуть у заявителя при участии в групповых мероприятиях? _____

Помощь, в которой нуждается заявитель в повседневной жизни: (напр. при умывании, приеме пищи, ориентации в помещениях): _____

Дополнительные сведения, которые должны знать и принять во внимание организаторы мероприятия (напр.: диета, привычки, особенности, ожидания, пожелания): _____

Чем предпочитает заниматься заявитель во время досуга? _____

Какими из нижеперечисленных электронных устройств пользуется заявитель?
Отметьте, пожалуйста:

Handy	PC (компьютер)	Laptop	Планшет (Tablett)
☐	☐	☐	☐

Я хотел бы сесть за стол в столовой с другими участниками, отдельно от моего сопровождающего / родственника.

Да ☐ Нет ☐ Не готов ответить ☐

Прилагается к данному заявлению справка от врача (ärztliches Attest)?

Да ☐ Нет ☐

Прилагается к данному заявлению план приема медикаментов (Medikamentenplan)?

Да ☐ Нет ☐

Заявление: (данные родственника или сопровождающего лица)

Имя, фамилия: _____

Дата и место рождения: _____

Степень родства по отношению к заявителю: _____

Актуальный почтовый адрес: _____

Телефон/моб.телефон: _____

Электронный адрес: _____

В нашей семье является членом общины (фамилия, имя)

в какой общине _____ с какого времени _____

Присвоена ли Вам степень необходимости в уходе? Да ☐ Нет ☐

Если Да, Pflegegrad: _____

Нуждаетесь ли Вы во время мероприятия в услугах фирмы по уходу (Pflegedienst)?

Нет ☐ Да ☐

Если Да, то в каких именно: _____

Я не возражаю, чтобы сопровождаемый мною участник сидел в столовой отдельно от меня:

Да ☐

Нет ☐

По договоренности ☐

Во время мероприятия я хотел бы иметь дополнительного сопровождающего для моего родственника. Я могу финансировать его пребывание за счет выплат на услуги по уходу, например, Entlastungsbetrag, Verhinderungspflege или в частном порядке.

Да ☐

Нет ☐

Если Да,

☐ сопровождающего организую самостоятельно

☐ прошу ZWST организовать дополнительного сопровождающего

Какими из перечисленных ниже электронных устройств Вы пользуетесь?

Отметьте, пожалуйста:

Handy (моб.телефон)
(планшет)

PC (компьютер)

Laptop

Tablett

☐

☐

☐

☐

Важно!

Была ли Вам сделана прививка от вируса COVID-19?

участник

нет ☐

если да ☐

сопровождающий

нет ☐

если да ☐

1-я прививка (дата):

2-я прививка (дата):

3-я прививка (дата):

Последующие прививки (даты):

Перенесли ли Вы заболевание вирусом Covid-19 в течение последних 6-ти месяцев или болеете в настоящий момент?

участник

нет ☐

если да ☐

сопровождающий

нет ☐

если да ☐

дата постановки диагноза COVID-19

☐ Я согласен с тем, что предоставленные мной данные могут быть обработаны и сохранены в базе данных для возможных контактов.

☐ Я согласен с тем, что сделанные фото-, видео- и/или звуковые материалы с моим участием могут быть использованы/опубликованы во всех видах публикаций (включая социальные сети) в связи с вышеупомянутым мероприятием. Я не буду предъявлять какие-либо претензии к ZWST e.V. в отношении типа и формы использования перечисленных выше материалов третьими лицами (например, загрузка записей и их использование).

Свое согласие Вы можете отозвать в любое время по этому электронному адресу: zentrale@zwst.org

Декларация о защите данных размещена на нашей странице в интернете: <https://zwst.org/de/datenschutz/>

Место заполнения анкеты

дата

ПОДПИСЬ