



**Bildungsfreizeit der ZWST 2023**  
**vom 21.08 – 27.08.2023 in Bad Sobernheim**  
**Schwerpunkt: „Freizeit selbstbestimmt gestalten“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns Sie in das Max-Willner-Heim in Bad Sobernheim zu unserer inklusiven Freizeit für Menschen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung und einer Begleitperson einzuladen.

Während dieser Freizeit werden wir uns mit verschiedenen Gestaltungsmöglichkeiten von Freizeit auseinandersetzen und überlegen, wie wir Freizeit möglichst selbstbestimmt verbringen können.

**Diese Bildungsveranstaltung findet vom Montag, den 21.08.2023, bis Sonntag, den 27.08.2023 statt.**

Das Höchstalter für die Personen mit Inklusionsbedarf sollte 55 Jahre nicht überschreiten.

Diese Veranstaltung richtet sich an **gruppenfähige** Personen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung.

Die Teilnahme an dem geplanten Programm ist sowohl für die Teilnehmenden als auch für deren Begleiter:innen verbindlich.

Da das Max-Willner-Heim bedauerlicherweise nicht rollstuhlgerecht ausgestattet ist, können stark gehbehinderte Personen an der genannten Bildungsfreizeit nicht teilnehmen.

**Unterbringung:** erfolgt in Mehrbettzimmern.

Da nur begrenzt Plätze zur Verfügung stehen, müssen wir darauf aufmerksam machen, dass eine Anmeldung noch keine Teilnahmebestätigung ist.

**Veranstaltungsort:**

Max-Willner-Heim     Korczakstraße. 15   55566 Bad Sobernheim

Tel. 06751/94354(5); Fax. 06751/94356

Anreise bis 16.00 Uhr.

**Die Teilnahmegebühr beträgt: 130,- Euro pro Person**

**Anmeldung mit beiliegendem Formular erbitten wir bis spätestens zum:**

**Montag, 24. Juli 2023**

Für diese Bildungsfreizeit muss das Anmeldeformular für Menschen mit Behinderung und für ihre Angehörigen bzw. Begleiter ausgefüllt werden!

Für den Teilnehmenden mit Inklusionsbedarf fügen Sie bitte Ihrer Anmeldung ein ärztliches Attest (s. Seite 4) sowie einen vom Arzt ausgestellten Medikamentenplan hinzu. Diese Dokumente können Sie uns auch erst nach Eingang der Teilnahmebestätigung einreichen.

**Ansprechpartner:** Marina Chekalina (auch in russischer Sprache)

Tel.: 069 – 944-371-19; Fax: 069- 494817   E-Mail: [chekalina@zwst.org](mailto:chekalina@zwst.org)

**Programm:**

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

**Fahrkosten:**

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass die Abrechnung der Fahrtkosten nur auf Grundlage des jeweils günstigsten Tarifs (z.B. Sparpreis, Gruppenticket usw.) und nur gegen Vorlage des Fahrausweises erfolgen kann.

Erstattet werden die Fahrtkosten auf der Basis einer Fahrkarte (Hin- und Rückfahrt) 2. Klasse Spartarif. Im Sparpreis nicht enthaltene Zubringerkosten (z.B. Taxi etc.) werden von uns nicht übernommen.

Bitte **nicht SUPERSPARPREIS** buchen!

Bei Pkw-Fahrten werden pauschal 0,20 € / km, aber höchstens 130,00 € erstattet.

**Absage:**

Für Absagen, die **schriftlich bis spätestens 7 Tage vor Beginn** der Veranstaltung bei der ZWST in Frankfurt eingehen, werden 50 % des Teilnahmebetrages in Rechnung gestellt. Bei später eingehenden Absagen oder bei Nichtteilnahme wird der Teilnahmebetrag als Stornogebühr berechnet.

Wir wünschen Ihnen Gesundheit und alles Gute und freuen uns auf Ihre Anmeldungen!

Mit freundlichen Grüßen

ZENTRALWOHLFAHRTSSTELLE

*Ihya Daboosh*

-Leiter des Sozialreferates-

*Marina Chekalina & Dr. Dinah Kohan*

-Projektteam-

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

FÜR DIE TEILNAHME AN EINER FREIZEIT FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG IN BAD SOBERNHEIM

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  \_\_\_\_\_

f) 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

## Перевод

### **Активный отдых в Бад Зобернхайме с понедельника, 21-го по воскресенье, 27-е августа 2023 г. Тема: «Самостоятельное планирование личного досуга»**

Уважаемые дамы и господа!

Мы рады пригласить вас на наш ежегодный отдых в Max-Willner-Heim в Бад-Зобернхайме, который состоится **с понедельника, 21.08. по воскресенье, 27.08.2023г., в помещении учебного комплекса им. Макса Вильнера в Бад Зобернхайме.**

В этом мероприятии могут принять участие люди с психическими заболеваниями или отклонениями в умственном развитии самостоятельно или в сопровождении родственника или другого доверенного лица. Возраст лиц с ограниченными возможностями не должен превышать 55 лет.

Во время этого мероприятия мы предложим участникам различные ~~сценарии~~ varianten проведения досуга и подумаем, как можно максимально самостоятельно его организовать.

Так как учебный комплекс им. Макса Вильнера не предусмотрен для передвижения на инвалидной коляске, лица с такими физическими ограничениями не могут, к сожалению, принять участие в данном мероприятии.

Этот активный отдых предусмотрен для лиц с психическими заболеваниями или отклонениями в умственном развитии, способных принимать участие в **групповых мероприятиях.**

В программу включены также мероприятия, адресованные не только участникам, но и членам их семей. Поэтому убедительная просьба - принимать в них как можно более активное участие!

Место отдыха: Max-Willner-Heim  
Korczastraße. 15  
55566 Bad Sobernheim  
**Tel.: 06751/94354(5); Fax: 06751/94356**

Проживание: **размещение каждой семьи отдельно в двух- или многоместных комнатах (в зависимости от состава семьи).**

Просим вас принять к сведению, что в связи с ограниченным количеством мест в группе поданные вами заявления не являются автоматически подтверждением об участии в мероприятии.

**Сумма оплаты составляет 130,- евро за каждого участника.**

Подача заявления на участие на приложенном к письму формуляре не позднее

**понедельника, 24-го июля 2023 года**

Контакт: Марина Чекалина (также на русском языке)

**Тел.: 069/94 43 71 19; Fax: 069- 494817 E-Mail: [chekalina@zwst.org](mailto:chekalina@zwst.org)**

Для с участника с ограниченными возможностями просим приложить к заявлению заполненный вашим лечащим врачом формуляр (ärztliches Attest, прилагается к этому письму на стр.4), а также план приема медикаментов (Medikamentenplan), если таковые имеются. Эти документы вы можете прислать и позднее, после подтверждения вашего участия в мероприятии.

#### **Расходы на проезд:**

обращаем ваше внимание на то, что возмещение расходов на проезд осуществляется только на основе самого экономичного в этот период времени тарифа (напр. билет по сниженной цене, групповой билет и т.д.) и только при предъявлении оригинального билета). Возмещаются расходы на проезд в вагоне 2 класса туда и обратно по экономичному тарифу.

**Пожалуйста, не приобретайте билеты по тарифу SUPERSPARPREIS.**

**Проезд на автомобиле возмещается из расчета 0,20 € за км, максимально до 130,- €.**

**Расходы на такси не возмещаются.**

#### **Отказ от участия:**

при письменном отказе от участия, который поступит в ZWST не позднее чем за 7 дней до начала мероприятия, будет выставлен счет в размере 50% суммы оплаты за участие.

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

Желаем Вам и Вашим близким здоровья и ждем ваших заявок!

**Anmeldung zur Bildungsfreizeit vom 21.08 - 27.08.2023  
in Bad Sobernheim  
Schwerpunkt: „Freizeit selbstbestimmt gestalten“**

**Anmeldung: Person mit Inklusionsbedarf**

Familienname:

Vorname:

Geburtsort:

geboren am:

Adresse: Straße:

PLZ/ Wohnort:

Telefon / Fax / Handy:

E-Mail:

Art der Beeinträchtigung/ Diagnose:

Symptome:

Haben Sie einen Pflegegrad?

Ja       Nein

Wenn Ja, welchen: \_\_\_\_\_

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

Nein

Wenn Ja  welche:

Welche sind Ihre bevorzugten Freizeitbeschäftigungen?

Können Sie an Spaziergängen und Ausflügen mit leichten körperlichen Anstrengungen teilnehmen? (bitte ankreuzen)

Ja       Nein

Haben Sie Schwierigkeiten an Gruppenaktivitäten teilzunehmen?

Nein       Ja

Wenn ja, inwiefern:

Ich möchte gerne im Speisesaal an einem Tisch mit anderen Teilnehmenden sitzen, getrennt vom meinem\*r Begleiter\*in:

Ja

Nein

Ich weiß es noch nicht

Benötigen Sie Hilfe: (z.B. beim Waschen, Mahlzeiten einnehmen, Räume finden):

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



**Anmeldung: Angehörige:r / Begleiter:in**

Familienname:

Vorname:

Geburtsort:

geboren am:

Adresse: Straße:

PLZ/ Wohnort:

Telefon / Fax / Handy:

E-Mail:

Familienstand:

Beruf:

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

**Ich bin einverstanden, dass:**

Mein Angehörige im Speisesaal an einem Tisch mit anderen Teilnehmenden sitzt,  
getrennt von mir:

Ja  nach Absprache  Nein

die Fotos mit meinem/unserem Abbild veröffentlicht werden:

Ja  nach Absprache  Nein

Ich stimme zu, dass ich im Falle eines Krankenhausaufenthalts nach der Entlassung (sollte es auf eigene Verantwortung und gegen den ärztlichen Willen sein) nach Hause zurückfahren werde.

Hiermit stimme ich zu, dass die von mir angegebenen Daten zur Bearbeitung meiner Anmeldung sowie zu weiteren Kontakten von der ZWST gespeichert werden dürfen.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an [zentrale@zwst.org](mailto:zentrale@zwst.org) widerrufen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://zwst.org/de/datenschutz/>.

Ausstellungsort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Перевод бланка регистрации на участие

**Заявление на участие в активном отдыхе в Бад Зобернхайме  
с понедельника, 21-го августа по рonedelnik, 27-е августа 2023**

**Тема: «Самостоятельное планирование личного досуга»**

**Заявление: (данные лица с ограниченными возможностями)**

Имя, фамилия:

Дата и место рождения:

Актуальный почтовый адрес

Телефон / моб.телефон:

Электронный адрес:

Вид расстройства/диагноз:

Симптомы:

Степень нуждаемости в уходе (Pflegegrad) \_\_\_\_\_

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

Нет  если Да  в каком объеме?

Чем Вы предпочитаете заниматься во время досуга?

Можете ли Вы принимать участие в прогулках и экскурсиях с легкими физическими нагрузками? (просьба отметить)

Да  Нет

Могут ли у Вас возникнуть трудности во время участия в групповых мероприятиях? (просьба отметить)

Да  Нет

Я хотел бы сидеть в столовой с другими участниками, отдельно от моего сопровождающего / родственника

Да  Нет  Не готов ответить

Помощь, в которой Вы нуждаетесь 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):

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 еврейской общины (города, федеральной земли) \_\_\_\_\_

фамилия, имя \_\_\_\_\_

(год вступления в общину) \_\_\_\_\_

Присвоена ли Вам степень необходимости в уходе. Если Да ,  
Pflegegrad? \_\_\_\_\_

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

если Да  в каком объеме?

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

Да

Нет

По договоренности

Я согласен с тем, что в случае моей госпитализации и последующей выписки  
из медицинского учреждения (по моему настоянию, вопреки предписанию  
врача) я вернусь к месту моего проживания.

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 и дата заполнения заявления

\_\_\_\_\_  
Подпись