



Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer geistigen oder
psychischen Beeinträchtigung (bis 55 Jahre)
im Mai 2024 im Kurheim Beni Bloch in Bad Kissingen

Februar 2024

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: I. Turnus: **Sonntag, 19.05. – Montag, 27.05.2024**
II. Turnus: **Montag, 27.05. – Montag, 03.06.2024**

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

Unterbringung: **Die Unterbringung erfolgt in Ein- und Doppelbettzimmern**

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 14.04.2024 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 9) sowie einen Medikamentenplan hinzu. Diese Dokumente können Sie uns auch erst nach Eingang der Teilnahmebestätigung einreichen.

Kosten:

- **Eigenanteil: 160,- Euro + 50% der Fahrtkosten pro Person für den I. Turnus**
- **Eigenanteil: 140,- Euro + 50% der Fahrtkosten pro Person für den II. Turnus**

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

Leistungen der Pflegekasse bzw. des Sozialamtes:

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

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.10).

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.8) 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% Fahrtkosten (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 160,- Euro bzw. 140,- Euro berechnet.

Zur Kenntnis!

Im Vorfeld möchten wir Sie über die weiteren Veranstaltungen des Inklusionsfachbereiches GESHER informieren.

Bildungsfreizeit in Bad Sobernheim:

Termin: Montag, 16.09 – Sonntag, 22.09.2024

Neu! Bildungsfreizeit in der Bildungstagesstätte Fohlenweide (bei Fulda)

Termin: Montag, 12.08 – Freitag, 16.08.2024

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 Chag Hanukkah Sameach und 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 2024 in Bad Kissingen

Bitte kennzeichnen Sie, an welcher Veranstaltung Sie teilnehmen möchten.

- Ich kann an der Betreuungsfreizeit vom 19.05 - 27.05.2024 teilnehmen (I. Turnus).
- Ich kann an der Betreuungsfreizeit vom 27.05. - 03.06.2024 teilnehmen (II. Turnus).
- Ich kann zu beiden Zeitpunkten, möchte aber lieber an dem _____ Turnus 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

Sind Sie ein Mitglied der digitalen GESHER-App Plattform?

Ja Nein

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 die Pflegeleistungen wie z.B.
Verhinderungspflege bzw. privat finanziert. Nein Ja

Wenn Ja,

ich organisiere das selbst

ich möchte gerne, dass die ZWST eine/n Begleiter:in organisiert.

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

Handy PC (Computer) Laptop Tablett

Sind Sie ein Mitglied der digitalen GESHER-App Plattform?

Ja Nein

Liegt ein ärztliches Attest dieser Anmeldung vor? Ja Nein

Liegt ein ärztlicher Medikamentenplan dieser Anmeldung vor? Ja Nein

Unverbindliche Interessenbekundung

Teilen Sie uns bitte unverbindlich mit, ob ein Interesse an folgender Teilnahme besteht:

Bildungsfreizeit in Bad Sobernheim

Termin: Montag, 16.09 – Sonntag, 22.09.2024

Bildungsfreizeit in der Bildungstagestätte Fohlenweide (bei Fulda)

Termin: Montag, 12.08 – Freitag, 16.08.2024

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/>

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.

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 _____

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

**„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 2024 в Бад Киссингене

февраль 2024

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: воскресенье, 19.05. – понедельник, 27.05.2024
- 2-й заезд: понедельник, 27.05. – понедельник, 03.06.2024

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).

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 **пятницы, 14 апреля 2024 г.**

- Просим заполнить оба формуляра заявления на регистрацию (на участника с ограниченными возможностями и на каждого сопровождающего).

- Для с участника с ограниченными возможностями просим приложить к заявлению заполненный вашим лечащим врачом формуляр (**ärztliches Attest**, прилагается к этому письму на стр.9), а также план приема медикаментов, если таковые имеются (**Medikamentenplan**). Эти документы вы можете прислать и позднее, после подтверждения вашего участия в мероприятии.

Стоимость мероприятия:

- **160 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

- **850 евро за 1 заезд**

- **770 евро за 2 заезда**

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

Мы возьмем на себя все формальности по расчетам с больничной кассой, если вы вместе с заявлением на регистрацию вышлете нам подписанную вами доверенность (**стр.8 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. Более подробную информацию (в т.ч. на русском языке) вы можете получить на нашей странице в интернете:

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

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, **мах. 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. 160 евро/ 140 евро (в качестве аннуляционного сбора).

Важно!

Информируем вас заранее о сроках мероприятий, запланированных проектом GESHER для людей с ограниченными возможностями и их родственников 2024 году:

Bildungsfreizeit in Bad Sobernheim:

Termin: понедельник, 16.09 – воскресенье, 22.09.2024

Bildungsfreizeit in der Bildungstagesstätte Fohlenweide (недалеко от Фульды)

Это мероприятие предусмотрено для участников из Хессена и регионов в радиусе 70 km от места проведения.

Termin: понедельник, 12.08 – пятница, 16.08.2024

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 веселой Хануки, 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: воскресенье, 19.05. – понедельник, 27.05.2024**
- **2-й заезд: понедельник, 27.05. – понедельник, 03.06.2024**
- я могу принять участие в обоих заездах, но желательнов _____ 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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 проведения 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)

PC (компьютер)

Laptop

Tablett (планшет)

Установлена ли на Вашем мобильной телефоне дигитальная платформа **GESHER-App?**

Да

Нет

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

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 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