



Freizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung und deren Angehörige vom 12.05.– 19.05.2024
im Kurheim Beni Bloch

Dezember 2023

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V., anerkannt als Anbieter von niedrigschwelligen Leistungen, bietet im Jahr 2024 erneut eine Betreuungsfreizeit für Menschen mit Demenz und deren Angehörige an.

Termin: Sonntag, 12. Mai 2024 – Sonntag, 19. Mai 2024

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

Teilnehmende:

- 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.

Programm:

- Kreative Aktivitäten, Einzelbetreuung, Kulturprogramm, Ausflüge,
- In dieser Freizeit erfolgen auch getrennte Aktivitäten für die Menschen mit einer dementiellen Erkrankung und ihre Angehörigen.
- Regelmäßige Gesprächsgruppe und Fachvorträge für Angehörige

Sehr wichtig:

- Wir weisen darauf hin, dass eine Anmeldung noch keine Teilnahmebestätigung ist
- 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 bitte bis spätestens zum Dienstag, 2. April 2024**
- Wir bitten Sie, das diesem Schreiben beigefügte **ärztliche Attest** ausgefüllt, sowie einen **Medikamentenplan** zusammen mit Ihrer Anmeldung an uns zuzuschicken.

Teilnahmegebühr:

- **770,00 Euro** für die Person mit einer dementiellen Erkrankung können durch die Pflege- bzw. Krankenkasse, oder dem Sozialamt abgerechnet werden.
- **140,00 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:

Für die Person mit dementieller Erkrankung 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. Der Antrag auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (siehe beiliegenden Musterantrag) kann bei der zuständigen Pflegekasse bzw. 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 beigefügt) 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.

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 140,- Euro berechnet.

Wir bedanken uns für die Weiterleitung dieser Informationen.

Wir wünschen Ihnen alles Gute,
bleiben Sie gesund!

Mit besten Grüßen
ZENTRALWOHLFAHRTSSTELLE

Graziella Gubinsky

Graziella Gubinsky

Anmeldung zur Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung und deren Angehörige vom 12.-19.05.2024 in Bad Kissingen

Anmeldung: Person mit dementieller Erkrankung

Familienname:

Vorname:

Geboren am:

Geburtsort:

PLZ/Wohnort:

Straße:

Telefon / Handy:

E-Mail:

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 12.-19.05.2024 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? Ja Nein

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

Uhrzeit: _____

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 aufgeführten Aufnahmen durch Dritte (z. B. Runterladen von Aufnahmen und Nutzung) geltend machen.

Ort, Datum

Unterschrift

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 12.-19.05.2024 in Bad Kissingen	
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 770,- 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).