

**Anmeldung zur Bildungsfreizeit
mit dem Schwerpunkt: „Freizeit selbstbestimmt gestalten“
vom Montag, 30.06 – Sonntag, 06.07.2025**

Anmeldung: Person mit Behinderung

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsort: _____

geboren am: _____

Adresse: _____

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:

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

Welches 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:

Zusätzliche Hinweise, die die Betreuer*innen beachten und wissen sollten, z. B. Angaben zu Ernährung (**Diät, Vegetarier, Unverträglichkeiten etc.**) Erwartungen, Wünsche:

Liegt dieser Anmeldung bei:

Ärztliches Attest

Person mit Förderbedarf

Begleitperson/en

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein, | <input type="checkbox"/> Nein, |
| wird aber später nachgereicht | |
| <input type="checkbox"/> Nein, | <input type="checkbox"/> Nein, |
| weil keine chronischen Krankheiten/ Einschränkungen vorhanden sind | |

Medikamentenplan

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein, | <input type="checkbox"/> Nein, |
| wird aber später nachgereicht | |
| <input type="checkbox"/> Nein, | <input type="checkbox"/> Nein, |
| weil keine Medikamente angenommen werden | |

Anmeldung: Angehörige*r

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsort: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Familienstand: _____

Beruf: _____

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

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.

Ich bin einverstanden, dass:

die Fotos mit meinem / unserem Abbild veröffentlicht werden:

Ja nach Absprache Nein

Hiermit stimme ich zu, dass die von mir angegebenen Daten zur Bearbeitung meiner Anmeldung zur ZWST-Bildungsfreizeit vom 30.06.-06.07.2025 in Bad Sobernheim gespeichert werden dürfen.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an 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
с понедельника, 30-го июня по воскресенье, 6-е июля 2025 г.
в Бад Зобернхайме**

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? ? (В этом случае необходимо получить направление от врача на получение этих услуг на период отдыха - **ärztliche Verordnung**):

Помощь, в которой Вы нуждаетесь в повседневной жизни: (напр. при умывании, приеме пищи, ориентации в помещениях):

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

Дополнительные сведения, которые должны знать и принять во внимание организаторы мероприятия (напр.: **диета**, особенности в приеме пищи), ожидания, пожелания:

Прилагаются к этому заявлению следующие документы?

Справка от врача / Ärztliches Attest
для лица с огранич. возможностями **для каждого сопровождающего**

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Да |
| <input type="checkbox"/> Нет, | <input type="checkbox"/> Нет, |
| но будет представлен позднее | |
| <input type="checkbox"/> Нет, | <input type="checkbox"/> Нет, |
| потому что у меня нет хронических заболеваний/ограничений | |

План приема медикаментов / Medikamentenplan

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Да |
| <input type="checkbox"/> Нет, | <input type="checkbox"/> Нет, |
| но будет представлен позднее | |
| <input type="checkbox"/> Нет, | <input type="checkbox"/> Нет, |
| т.к. я не принимаю никаких медикаментов | |

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: Нет

Если Да , Pflegegrad? _____

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

если Да в каком объеме? (В этом случае необходимо получить направление от врача на получение этих услуг на период отдыха - **ärztliche Verordnung**)

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