



**Betreuungsfreizeit für Menschen mit Inklusionsbedarf (bis 55 Jahre)  
im Dezember 2025 im Kurheim Beni Bloch in Bad Kissingen**

August 2025

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

der Inklusionsfachbereich Gesher der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V., anerkannt als niedrigschwellige Einrichtung, führt im Dezember 2025 eine weitere Betreuungsfreizeit durch und freut sich, Sie nach Bad Kissingen einladen zu können.

**Termin: Montag, 08.12. – Montag, 15.12.2025**

**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 sollten Entlastungsleistungen bei ihrer Krankenkasse oder dem Sozialamt abrechnen dürfen.
- 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 Montag, 03.11.2025 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 aktuelles ärztliches Attest (s. Seite 9) sowie einen aktuellen Medikamentenplan hinzu. Es wird keine Bestätigung der Teilnahme ohne diese Dokumente erfolgen!**

### **Kosten:**

- **Eigenanteil: 140,- Euro + 50% der Fahrtkosten pro Person.**

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

- **Leistungen der Pflegekasse bzw. des Sozialamtes: 770,- Euro für die Person mit einer Behinderung.**

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 **131€/ 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.

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.  
Bitte **keinen SUPERSPARPREIS** buchen! Wir bitten um Zugbuchung in derselben Woche, in der Sie unsere Teilnahmebestätigung erhalten haben.
- 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.

#### **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](mailto:chekalina@zwst.org)

Wir freuen auf zahlreiche Anmeldungen!

#### **ZENTRALWOHLFAHRTSSTELLE**

***Ilya Daboosh***

***Judith Tarazi***

- Leitung Sozialreferat -

- Leitung des Inklusionsfachbereiches Gesher –

Inklusionsfachbereich GESHER

Anmeldung zur Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer geistigen oder psychischen Beeinträchtigung im Dezember 2025 in Bad Kissingen

**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?

---

---

---

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

Tablet

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 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 Tablet

Sind Sie ein Mitglied der digitalen GESHER-App Plattform?

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@zwst.org](mailto: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.

Laut des Pflegestärkungsgesetzes III hatten ab 2017 alle Pflegebedürftigen (auch Nichtpflegeversicherte) einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu Euro monatlich. (§ 64i und § 66 SGB XII).

Mit dem Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG) erhöhen sich im Jahr 2025 die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung (SPV), auch der Entlastungsbetrag in Höhe von **bis zu 131 Euro monatlich**.

Der Betrag ist zweckgebunden weiterhin 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.

**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).

Diese Leistung ist eine Kann-Leistung nach § 64i und § 66 SGB XII und muss individuell beim zuständigen Sozialamt entschieden werden.

## Перевод

# Активный отдых для людей с психическими заболеваниями или отклонениями в умственном развитии и их родственников в декабре 2025 года в Бад Киссингене

Август 2025

Уважаемые дамы и господа!

Мы рады сообщить вам о проведении нашего зимнего отдыха в Kurheim-e 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.

**Дата заезда: с понедельника, 08.12. по понедельник, 15.12.2025.**

**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 **стр.10** этого письма.
- 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, 3-го ноября 2025 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 (**Medikamentenplan**), если таковые имеются. **Без этих документов подтверждение участия не будет получено!**

**Стоимость мероприятия:**

- **140 евро для каждого участника**

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

- **770 евро за 1 заезд**

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.

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 или в социальное ведомство (Sozialamt).

### **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.

Пожалуйста, **не приобретайте билет по супер.экон. тарифу (SUPER-SPARPREIS)!** Мы просим вас забронировать поезд на той же неделе, на которой вы получили наше подтверждение об участии.

- за проезд на автомобиле из расчета 0,20 Cent / км, **макс. 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).

**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](mailto:chekalina@zwst.org)**

ЦЕНТРАЛЬНАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЕВРЕЕВ ГЕРМАНИИ

желает вам и вашим близким веселой Хануки, здоровья и благополучия!

***Ilya Daboosh***

Руководитель социального отдела

***Judith Tarazi***

Руководитель проекта GESHER

## Перевод бланка регистрации на участие

### **Активный отдых для людей с психическими заболеваниями или отклонениями в умственном развитии и их родственников с 8-го по 15-е декабря 2025 в Бад Киссингене**

#### **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)

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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