GESHER
INKLUSION VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

ZWST

We care. Since 1917.

Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer geistigen, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung (bis 55 Jahre) im Mai 2027 im Kurheim Beni Bloch in Bad Kissingen

November 2026

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

der Inklusionsfachbereich Gesher der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. bietet im Mai 2027 zwei Betreuungsfreizeiten für Menschen mit Behinderung und deren Angehörige an.
Wir freuen uns, Sie im Kurheim Beni Bloch in Bad Kissingen willkommen zu heißen.

Termine:
I.Turnus: Mittwoch, 19.05. – Mittwoch, 26.05.2027
II.Turnus: Mittwoch,26.05. – Mittwoch, 02.06.2027

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

Unterbringung erfolgt in Ein- und Doppelbettzimmern.

Teilnehmende:

- An der Maßnahme können Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder geistigen, körperlichen Behinderung teilnehmen. Sie sollten gruppenfähig und nicht erheblich pflegebedürftig sein sowie keine ständige Einzelbetreuung benötigen.
- Die betroffenen Personen können in der Regel Entlastungsleistungen bei ihrer Krankenkasse oder dem Sozialamt abrechnen. **Sollte ein neues Gesetz in Kraft treten, informieren wir Sie dazu gesondert.**
- Da die Einrichtung nicht rollstuhlgerecht ausgestattet ist, können Personen mit einer starken Gehbehinderung an der o. g. Maßnahme nicht teilnehmen.

Programm:

- Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit einer geistigen, körperlichen Beeinträchtigung oder psychischen Erkrankung sind ein wichtiger Faktor für deren Wohlbefinden und gesellschaftliche Teilhabe. Im Rahmen unserer Freizeiten bieten wir für diese Zielgruppe Betreuung, Anleitung und Förderung im kreativen und sportlichen Bereich durch geschulte und kompetente Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (nach § 45b SGB XI) an. Gruppen-bzw. Einzelfallbetreuung für Betroffene findet von 8.00-19.00 Uhr statt.

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.
Hebelstraße 6 · 60318 Frankfurt am Main · Telefon: 069 - 94 43 71 - 0 · Telefax: 069 - 49 48 17 · E-Mail: zentrale@zwst.org · www.zwst.org
Bank für Sozialwirtschaft · IBAN: DE17 5502 0500 0009 8413 00 · BIC: BFSWDE33MNZ

- Begleitende Angehörige erhalten professionelle psychologische Unterstützung in Form von Einzel- und Gruppengesprächen sowie Verträgen zu sozialrechtlichen Fragen und Gesundheitsinformationen. Darüber hinaus wird ein buntes Kulturprogramm angeboten.
- Im Programm sind getrennte und gemeinsame Aktivitäten für Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen vorgesehen.

Wichtig:

- Anmeldungen mit anliegendem Formular müssen **bis spätestens Freitag, den 09.04.2027 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 9-10) sowie einen aktuellen Medikamentenplan für jeden Teilnehmenden hinzu. Es wird keine Bestätigung der Teilnahme ohne diese Dokumente erfolgen!**
- Da nur eine begrenzte Anzahl an Plätzen zur Verfügung steht, weisen wir darauf hin, dass eine Anmeldung noch keine Teilnahmebestätigung ist.

Kosten:

- **175,- Euro Eigenanteil für jede Person + 50% der Fahrtkosten; jeweils Turnus.**

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

- **770,- Euro für die Person mit Behinderung über die Leistungen der Pflegekasse bzw. des Sozialamtes; jeweils Turnus.**

Für die Person mit einer psychischen Erkrankung oder geistigen, körperlichen Behinderung können die Kosten durch die Pflege- bzw. Krankenkasse abgerechnet werden. Früher war die Voraussetzung die Bewilligung der Pflegekasse oder des Sozialamtes über die Eingruppierung in mindestens Pflegegrad 1. Somit konnten **131€/ monatlich als Entlastungsbetrag** abgerechnet werden.
Der Antrag auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen kann bei der zuständigen Pflegekasse bzw. Sozialamt gestellt werden. Bei der Antragstellung ist diese Information zu der Betreuungsfreizeit vorzulegen.
Es ist eine Gesetzesreform (PNOG 2027) geplant. Zurzeit ist dazu noch nichts entschieden. Bitte melden Sie sich wie gewohnt an.

Die Endabrechnung der Leistung erfolgt durch die ZWST, wenn Sie zusammen mit der Anmeldung **eine Abtretungserklärung** (diesem Schreiben beigefügt, s. S.8) unterschrieben zurückschicken.
Bitte teilen Sie uns noch vorhandene Möglichkeiten der Kostenübernahme durch Angabe des Restbudgets Ihrer Pflegeleistungen 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 **keinen SUPERSPARPREIS** buchen! Wir bitten um Zugbuchung in derselben Woche, in der Sie unsere Teilnahmebestätigung erhalten haben.

- 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 85,- Euro in Rechnung gestellt.

Bei später eingehenden Absagen oder bei Nichtteilnahme wird der Teilnahmebetrag als Stornogebühr von 175,- Euro berechnet.

Im Vorfeld möchten wir Sie auch über den Termin der nächsten Bildungsfreizeit informieren. Sie findet vom **23.-29.08.2027 in Bad Sobernheim** statt.

Ansprechpartnerin:

Marina Chekalina (auch in russischer Sprache)

Mittwoch, Donnerstag, Freitag von 10.00 – 13.00 Uhr

Tel.: 069 – 944-371-19

E-Mail-Adresse: chekalina@zwst.org

Wir wünschen Ihnen ein gesundes und gutes neues Jahr und freuen uns auf Ihre Anmeldung!

ZENTRALWOHLFAHRTSSTELLE

Ilya Daboosh

- Leitung Sozialreferat -

Judith Tarazi

- Leitung des Inklusionsfachbereiches Gesher -

Inklusionsfachbereich GESHER

Anmeldung zur Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer geistigen, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung im Mai 2027 in Bad Kissingen

Bitte kennzeichnen Sie, an welcher Veranstaltung Sie teilnehmen möchten.

❒ Ich kann an der Betreuungsfreizeit vom 19.05 - 26.05.2027 teilnehmen (I. Turnus).

❒ Ich kann an der Betreuungsfreizeit vom 26.05. - 02.06.2027 teilnehmen (II. Turnus).

❒ Ich kann zu beiden Zeitpunkten, möchte aber lieber an dem _____Turnus teilnehmen.

Anmeldung: Person mit Behinderung

Vorname: _____

geboren am: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

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 (Diabetes, passierte Kost), Besonderheiten, Erwartungen, Wünsche**:

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

Handy	PC (Computer)	Laptop	Tablet
❒	❒	❒	❒

Liegt dieser Anmeldung ein ärztliches Attest bei? Ja ❒ Nein ❒

Liegt dieser Anmeldung einen Medikamentenplan bei? Ja ❒ Nein

Ort, Datum

Unterschrift vom Teilnehmenden bzw. rechtl. Vertreter

Inklusionsfachbereich GESHER

Anmeldung zur Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer geistigen, körperlichen oder psychischen Behinderung im Mai 2027 in Bad Kissingen

Anmeldung: Angehörige:r / Begleiter:in

Familienname: _____ Vorname_____
Geboren am: _____Geburtsort: _____
Straße: _____
PLZ/ Wohnort: _____
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 Angehörige:r / Begleiter:in 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
❒	❒	❒	❒

❒ 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 Betreuungs- und Entlastungsleistungen an die ZWST e.V. ab.
Dies geschieht unter dem Vorbehalt des schriftlichen Widerrufes zum Monatsende an den Leistungserbringer.

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten
bzw. rechtl. Vertreter

Sehr geehrte Ärzte, Ihr(e) Patient(in) möchte an einer Betreuungsfreizeit für Menschen mit Behinderung in Bad Kissingen teilnehmen. Es ist uns besonders wichtig für unsere Teilnehmende 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 Behinderung
im Mai 2027 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 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	

3. Ist eine ständige Medikamentierung erforderlich?	❑ ja ❑ nein
Wenn ja, Begründung	

4. Liegt eine Stuhl- oder Urininkontinenz vor?	❑ ja ❑ nein

5. Welche Erkrankung ist zu beachten:
❑ Psych.-neurol. Beeinträchtigung _____
❑ Herz _____
❑ Diabetes _____
❑ Cholesterin _____
❑ Leber/Galle _____
❑ Magen/Darm _____
❑ Nieren _____
❑ Allergie _____
❑ Sonst. Leiden _____ **** Zutreffendes bitte ankreuzen***

6. Besteht zurzeit eine akute, bzw. infektiöse Erkrankung?	❑ ja ❑ nein

7. Ist eine Diät erforderlich?	❑ ja ❑ nein

8. 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

<u>Hinweis über Datenschutz:</u> Die Daten dieser Bescheinigung werden ausschließlich unter Beachtung der Datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.

„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)

Stand 2026

Vorbehaltlich kommender Änderungen

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 131 Euro monatlich. (§ 64i und § 66 SGB XII).

Der Entlastungsbetrag beläuft sich auf eine Höhe von **bis zu 131 Euro monatlich nach dem** Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) der sozialen Pflegeversicherung (SPV).

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 Menschen mit Behinderung
- 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 мае 2027 в Бад Киссингене

ноябрь 2026

Уважаемые дамы и господа, дорогие семьи, дорогие друзья!

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: среда, 19.05. – среда, 26.05.2027**
- **2-й заезд: среда, 26.05. – среда, 02.06.2027**

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 лиц:

- с психическими заболеваниями или умственными, физическими ограничениями, 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.11** этого письма. **В случае вступления в силу нового закона о страховании по уходу (PNOG 2027) мы отдельно проинформируем Вас об этом.**
- лица, передвигающиеся на инвалидных колясках, к сожалению, не могут принять участие в данном мероприятии ввиду отсутствия в отеле Beni Bloch пандуса.

Программа:

- Групповые мероприятия для лиц с умственными ограничениями или психическими заболеваниями являются важным фактором для их благополучия и участия в жизни общества. В рамках наших мероприятий мы предлагаем этой целевой группе сопровождение и поддержку в творческой и спортивной сфере со стороны

обученных и компетентных сотрудников (в соответствии с § 45b SGB XI). Групповое или индивидуальное сопровождение осуществляется на протяжении всего мероприятия, с 8:00 до 19:00.

- Сопровождающие получают профессиональную психологическую поддержку в форме индивидуальных и групповых бесед, а также консультации по вопросам социального права, актуальную информацию на медицинские темы. Кроме того, предлагается разнообразная культурная программа.
- В программе предусмотрены отдельные и совместные мероприятия для людей с ограниченными возможностями и сопровождающих их лиц.
- 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, 9-го апреля 2027 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.9-10), а также план приема медикаментов, если таковые имеются (**Medikamentenplan**), для каждого участника. **Без этих документов подтверждение участия не будет получено!**

Стоимость мероприятия:

- **175 евро для каждого участника за 1 заезд**
- **175 евро для каждого участника за 2 заезд**

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 на сумму

- **770 евро для участника с инвалидностью за 1 заезд**
- **770 евро для участника с инвалидностью за 2 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 на **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).

В настоящий момент планируется новая реформа закона о страховании по уходу (PNOG 2027). На данный момент никаких решений по этому вопросу ещё не принято.

Расходы на проезд возмещаются в рамере 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 приобрести билеты на проезд сразу после получения подтверждения об участии в мероприятии.

- 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. 85 евро.
- При отказе, полученном позднее этого срока, или при неучастии в мероприятии без предупреждения, выставляется счет в размере суммы оплаты за участие, т.е. 175 евро (в качестве аннуляционного сбора).

Важно!

Информируем Вас о мероприятии, запланированном проектом GESHER для людей с ограниченными возможностями и их родственников 2027 году:

- **Bildungsfreizeit in Bad Sobernheim:**

  Даты: понедельник, 23.08 – воскресенье, 29.08.2027

Контакт: Марина Чекалина

по средам, четвергам и пятницам с 10.00 – 13.00

Тел.: 069/94 43 71 19

E-Mail: chekalina@zwst.org

ЦЕНТРАЛЬНАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЕВРЕЕВ ГЕРМАНИИ

желает Вам и Вашим близким здоровья и благополучия в новом году!

Ilya Daboosh	***Judith Tarazi***
Руководитель социального отдела	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 2027 в Бад Киссингене

Отметьте, пожалуйста, в каком из заездов Вы бы хотели принять участие:

- ❒ **1-й заезд: среда, 19.05. – среда, 26.05.2027**
- ❒ **2-й заезд: среда, 26.05. – среда, 02.06.2027**
- ❒ **я могу принять участие в обоих заездах, но желательно в_____заезде.**

Заявление: (данные лица с ограниченными возможностями)

Имя, фамилия:_____

Дата и место рождения:_____

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 (например, диабет**) 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 ❒

Активный отдых для людей с психическими заболеваниями или отклонениями в умственном развитии и их родственников в мае 2027 в Бад Киссингене

Заявление: (данные родственника или сопровождающего лица)

Имя, фамилия:_____

Дата и место рождения:_____

Степень родства по отношению к заявителю:_____

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 подопечного. 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 пользуетеь?
Отметьте, пожалуйста:

Handy (мов.телефон)	PC (компьютер)	Laptop	Tablett (планшет)
❒	❒	❒	❒

❒ 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