GESHER
INKLUSION VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

ZWST

We care. Since 1917.

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: <u>Person mit Behinderung</u>

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
❒	❒	❒	❒

Sind Sie ein Mitglied der digitalen GESHER-App Plattform?

Ja ❒ Nein ❒

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: <u>Angehörige:r / Begleiter:in</u>

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

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 (Tablett)	PC (компьютер)	Laptop	Планшет
❒	❒	❒	❒

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