

Teilnehmerbogen für die Aktion „Freizeit behinderter Jugendlicher“ e.V.:

(bitte vollständig ausfüllen)



Name:		Foto
Vorname:		
Adresse:		
Geburtsdatum:		
Geschlecht:		
Nationalität:		
Telefon:		
Mobil:	Mobil (alternativ):	
E-Mail-Adresse: Bitte in E-Mail-Verteiler zur Übersendung aktueller Info-/Ferienwerkhefte aufnehmen: ☐ ja ☐ nein		
Kontaktperson:		
Sofern abweichend, vollständige Kontaktdaten der Kontaktperson:		
Adresse:		
Telefon und mobil:		
E-Mail-Adresse:		
Besteht eine Mitgliedschaft bei der AFbJ? ☐ ja ☐ nein		
Ziel und Jahr der letzten AFbJ-Ferienfreizeit:		
Besucht eine Gruppenstunde der AFbJ: ☐ ja ☐ nein		Gruppenname:
Name der Schule/Werkstatt:		
Falls vorhanden und nötig, Kontaktangaben SchulsozialarbeiterIn/IntegrationshelferIn:		
Besteht eine Behinderung? ☐ ja ☐ nein		Diagnostizierte Behinderung:
☐ geistige Behind. ☐ psychische Behind. ☐ Lernbehind. ☐ körperliche Behind.		
Mögliche Ursache der Behinderung:		
Genauere Erläuterung der Behinderung:		
Liegt ein Behindertenausweis vor? ☐ ja ☐ nein		GdB: %
Folgende Merkzeichen sind darin angegeben: ☐ B ☐ G ☐ aG ☐ H ☐ BI ☐ GI		

Anerkannter Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
☐ Ich habe eine Sinnesbehinderung ☐ Ich habe Epilepsie ☐ Ich habe Diabetes ☐ Ich habe eine Infektionskrankheit (Hepatitis ☐ B / ☐ C, sonstige)
<i>Falls Epilepsie oder Diabetes vorliegen, bitte ausfüllen</i> Gibt es ein Notfallmedikament und wie und wann wird es verabreicht? Weitere genaue Informationen, die für den Betreuer wichtig sind:
Ich habe Unverträglichkeiten oder Allergien: ☐ ja ☐ nein Bitte erläutern, falls vorhanden:
☐ Ich bin Vegetarier
Weitere medizinische Besonderheiten (Magensonde o. ä.):
☐ Ich leide an Inkontinenz ☐ Ich trage meine Schutzhose ständig ☐ Die Schutzhose wird nur nachts benötigt
Ich kann sprechen: ☐ ja ☐ nein Evtl. nähere Angaben:
Ich verständige mich ☐ mit einem Talker ☐ mit Gebärden ☐ sonstiges Evtl. nähere Angaben:
☐ Ich kann schreiben ☐ Ich kann lesen Evtl. nähere Angaben:
☐ Ich trage eine Brille
☐ Ich trage eine lose Zahnsperre
☐ Ich trage sonstige Hilfsmittel:
Mobilität Wird ein Hilfsmittel zur Mobilität benötigt? ☐ ja ☐ nein
☐ Faltrollstuhl ☐ Rollstuhl m. Sitzschale ☐ E-Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Dusch-/WC-Stuhl
☐ Ich benötige den Rollstuhl ständig ☐ Ich fahre eigenständig mit dem Rollstuhl ☐ Ich benötige den Rollstuhl nur bei weiteren Strecken

☐ Bei der Autofahrt bleibe ich im Rollstuhl sitzen ☐ Bei der Autofahrt steige ich aus dem Rollstuhl aus			
☐ Ich habe einen Parkausweis <i>(Falls ein Parkausweis vorhanden ist, bitte mitgeben.)</i>			
☐ Ich kann mit Assistenz stehen ☐ Ich kann mit Assistenz einige Schritte gehen			
☐ Ich benötige Hilfe beim Treppensteigen			
☐ Ich kann auf einer Ferienfreizeit oben im Hochbett schlafen			
Erforderliche Unterstützung, nachstehend bitte ankreuzen:			
	Nein, brauche keine Hilfe	Erinnerung und Kontrolle	Ja, brauche aktive Hilfe
An- und Auskleiden	☐	☐	☐
Waschen/Duschen	☐	☐	☐
Zähneputzen	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐
Trinken	☐	☐	☐
Essen	☐	☐	☐
Toilettengang	☐	☐	☐
Ich benötige Hilfe beim Umgang mit Geld (Einteilung Taschengeld o. ä.): ☐ ja ☐ nein			
T-Shirt-Größe:			
Besondere Infos zum Sozialverhalten (z. B. in bestimmten Situationen aggressives Verhalten, Rückzug, kontaktfreudig u. a.): Wie soll darauf reagiert werden?			
Bestehen sonstige Verhaltensbesonderheiten (z. B. Ängste, Hyperaktivität, Psychosen, Neurosen u. a.)? Wie wird damit umgegangen?			
Spezielle oder besonders strukturierte Tagesabläufe?			
Interessen und Vorlieben:			

Einverständnis	Ja	Nein	
Ich darf ohne Reisebegleitung am Urlaubs-ort unterwegs sein	☐	☐	☐ auch allein ☐ mindestens zu dritt
Ich habe eine Badeerlaubnis	☐	☐	☐ Schwimmer ☐ Nichtschwimmer
Ich bin sicher im Straßenverkehr	☐	☐	
Werden öffentliche Verkehrsmittel selbst-ständig genutzt?	☐	☐	
Ich darf Alkohol trinken	☐	☐	Menge ca.
Ich darf rauchen	☐	☐	Menge ca.
Ist eine Einzelbetreuung erforderlich?	☐	☐	
Ist eine Beaufsichtigung hinsichtlich sexueller Kontakte nötig?	☐	☐	
Welche Betreuung ist bei einem Besuch im Freizeitpark zu beachten?			
Gibt es Fahrgeschäfte, die nicht benutzt werden dürfen? ☐ ja ☐ nein Welche?			
Darf unter Aufsicht/ Anleitung eines Betreuers, auf einem Pferd mit Helm reiten: ☐ ja ☐ nein			
<u>Nur bei Freizeiten:</u> Falls vorhanden, ist es erwünscht, die Mobilfunknummer der Kontaktperson einer WhatsApp-Gruppe mit anderen Eltern hinzuzufügen? Dies dient der Kommunikation im Ferienlager. ☐ ja ☐ nein Mobilfunknummer:			
Sonstige Informationen:			
Die Richtigkeit aller gemachten Angaben, insbesondere die zur teilnehmenden Person wird hiermit bestätigt. Änderungen oder Änderungswünsche werden der AFbJ schriftlich mitgeteilt!			
Ort, Datum		Unterschrift	

Möglichst senden an: **anmeldungen@afbj.de**

REISEANMELDUNG

Nur gültig mit vollständig ausgefülltem Teilnehmerbogen!

Bei Mehrfachanmeldungen bitte dieses Blatt kopieren!

Reisenummer: Reisenummer (Alternatives Ziel):

Reiseziel: Reiseziel:

Reisedatum: von bis Reisedatum: von bis

Name	Vorname	Geb.-Datum	Preis	A B C

Straße/ Nr.	PLZ	Ort	Telefon

WICHTIG!

Bei Behinderung nach Kategorie „B“ unbedingt von Ihrer Pflegekasse ausfüllen und abstempeln lassen, sonst gilt stets Kategorie „C“.

Hiermit bescheinigen wir _____
(Vorname, Name)
den Pflegegrad _____

(Ort, Datum) (Unterschrift) (Kassen-Stempel)

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift ausdrücklich damit einverstanden, dass alle Unterlagen per E-Mail übermittelt werden können, insbesondere der Teilnehmerbogen und Fragen oder Angaben, die sich daraus ergeben. Ebenso dürfen die E-Mail sowie beigefügte Anlagen zur Bearbeitung weitergeleitet (z. B. an Lagerlager oder Betreuer) und auch archiviert werden. – Ich stimme der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten ausdrücklich zu.

Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu widerrufen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden.

(Wenn Sie dies nicht wünschen, können Sie die vorgenannten Absätze durchstreichen und die Reiseanmeldung und alle weiteren Unterlagen per Post übermitteln.)

Ich möchte:

- ☐ **O die Verhinderungspflege oder Umwandlung der Kurzzeitpflege über die AFbJ abrechnen (Antrag lege ich anbei)**
- ☐ **O die zusätzlichen Betreuungsleistungen über die AFbJ abrechnen (Antrag lege ich anbei)**
- ☐ **O eine Bescheinigung für die wirtschaftliche Jugendhilfe (nur für MG)**
- ☐ **O einen Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe lege ich dazu**

Ich wünsche mir nach der Freizeit:

- ☐ **O eine Rechnung für die Pflegekasse**

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben. Ich habe alle Teilnahmebedingungen im Prospekt (z.B. über „Versicherungen“, „Rücktritt“, „Nebenabreden“) gelesen und erkenne sie an.

(Ort, Datum) (Unterschrift)

Antragsformular Verhinderungspflege

☐ Antrag auf Verhinderungspflege (§39 SGB XI)

☐ Antrag auf Umwandlung der Kurzzeitpflege in die Verhinderungspflege (§42 SGB XI)

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Pflegegrad:

Anschrift:

Angaben zur Krankenkasse

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Anschrift:

Angaben zur Pflegeperson (meist Eltern)

Name:

Vorname:

Anschrift:

Grund der Verhinderung (z.B. Urlaub, Krankheit):

Zeitraum der Verhinderung:

von:

bis:

Pflegeort:

Land:

Angaben zur Ersatzpflegekraft

AFbJ e.V.
Roermonder Str. 217
41068 Mönchengladbach

Homepage: www.afbj.de
E-Mail: afbj@afbj.de
Tel.: 02161-52031
Fax: 02161-51857

Angaben über die Pflegekosten

Reisepreis

minus

Eigenanteil und Betreuungs-
leistung

gleich

Pflegebedingte Aufwen-
dungen

Ich bitte um die Zusage der Kostenübernahme in Höhe der pflegebedingten Aufwendungen.

Abtrittserklärung:

Die direkte Abrechnung mit der AFbJ e.V. wird gewünscht und durch meine Unterschrift bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift (Versicherter/ gesetzl. Betreuer)

Abtretungserklärung: zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Ferienmaßnahmen

Bitte erfragen Sie vor Anmeldung, ob Ihre Krankenkasse die Betreuungsleistungen für die Ferienmaßnahme übernimmt.

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Pflegegrad: _____
Anschrift: _____

Angaben zur Krankenkasse

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____
Anschrift: _____

Angaben zur Pflegeperson (meist Eltern)

Name: _____ Vorname: _____
Anschrift: _____
Zeitraum der Ferienmaßnahme: _____ von: _____ bis: _____
Pflegeort: _____ Land: _____

Angaben zur Ersatzpflegekraft

AFbJ e.V.
Roermonder Str. 217
41068 Mönchengladbach
Homepage: www.afbj.de
E-Mail: afbj@afbj.de
Tel.: 02161-52031
Fax: 02161-51857

Angaben über die Pflegekosten

Reisepreis	davon	Betreuungsleistungen
------------	-------	----------------------

Abtrittserklärung:

Die direkte Abrechnung mit der AFbJ e.V. wird gewünscht und durch meine Unterschrift bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift (Versicherter/ gesetzl. Betreuer)