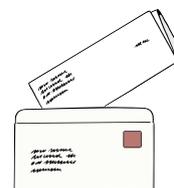


# Anmeldung OBA-Angebote von März bis Juni 2024

Anmelden können Sie sich so:

Mit der Post:

AWO Kreisverband Ebersberg e.V.  
Offene Behindertenarbeit  
Herzog-Ludwig-Straße 20  
85570 Markt Schwaben



Oder als E-Mail:

an die E-Mail-Adresse: [t.malgrab@awo-kv-ebe.de](mailto:t.malgrab@awo-kv-ebe.de)



Oder als Fax:

an die Nummer: 0 81 21 – 93 34 50



Bitte beachten:

Die Anmeldung beginnt am **19. Februar 2024**

**Nicht früher!!!**

Bitte nur schriftlich anmelden!

Und nur mit dieser Anmeldung!

Wichtig ist:

**Wann** die Anmeldung zu uns kommt!

Und Sie müssen alles richtig ausfüllen.

Dann müssen Sie auf eine Antwort von uns warten.

Wir geben Ihnen Bescheid.

Und schicken einen Brief zurück an Sie.

**Bitte richtig ausfüllen! Schreiben Sie bitte in die weißen Felder!**

<b>Auskunft über den Kunden</b>	
<b>Mein Name ist:</b>	
<b>Ich wohne in</b>	<b>Straße:</b>
	<b>Post-Leit-Zahl:</b>
	<b>Ort:</b>
<b>Mein Geburtstag ist am:</b>	
<b>Meine Telefon-Nummer ist:</b>	
<b>Meine Handy-Nummer ist:</b>	
<b>Meine Kranken-Versicherung heißt:</b>	
<b>Meine Kranken-Versicherungs-Nummer heißt:</b>	
<b>Bitte ankreuzen!</b>	
<b>Ich habe den Pflegegrad:</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<b>oder</b> <input type="checkbox"/> <b>ich habe keinen Pflegegrad</b>
<b>Ich habe Epilepsie:</b>	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>
<b>Ich muss beim Ausflug Medikamente nehmen:</b>	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>
<b>Ich nehme die Medikamente:</b>	<input type="checkbox"/> <b>regelmäßig</b> <input type="checkbox"/> <b>in besonderen Situationen</b>
<b>ACHTUNG WICHTIG!!! SCHWERER TEXT:</b>	
Aus rechtlichen Gründen benötigen wir eine <b>Verordnung des Hausarztes</b> bei verschreibungspflichtigen Medikamenten bzw. <b>eine Berechtigungserklärung der Eltern / Sorgebeauftragten</b> bei allen nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten, Salben, Tropfen, Säften, Zäpfchen, Sonnencremes etc.	
<b>Liegt die Verordnung des Hausarztes bzw. die Berechtigungserklärung nicht vor, sind unsere Mitarbeiter*innen nicht berechtigt, Medikamente, Salben, Tropfen, Säfte, Zäpfchen, Sonnencremes etc. zu verabreichen.</b>	

## Auskunft über die gesetzliche Vertretung:

Gesetzliche Vertreter können die eigenen Eltern sein. Oder eine andere Person.

Meine gesetzliche Vertretung ist:

- Mutter  Vater  
 Andere Person

Wie heißt meine Vertretung?

Meine Vertretung macht für mich:

Wo wohnt meine Vertretung? Straße:

Post-Leit-Zahl:

Ort:

Die Telefon-Nummer meiner Vertretung ist:

Die Handy-Nummer meiner Vertretung ist:

Die E-Mail-Adresse meiner Vertretung ist:

### **ACHTUNG WICHTIG!!!**

**Das Extra-blatt Datenschutz bitte unbedingt ausfüllen und mit dieser Anmeldung mitschicken.**

**Sonst ist leider keine Anmeldung möglich.**

### Ich nehme teil bei:

20. April 2024 Allianz Arena  
 04. Mai 2024 OBA-Tanz Party  
 08. Juni 2024 VHS Kochen Grafing

### Ich komme zum Offenen Treff am:

- Freitag 08. März 2024  
 Freitag 12. April 2024  
 Freitag 10. Mai 2024  
 Freitag 07. Juni 2024

### Ich nehme teil an FTA:

02. April 2024 Münchentag  
 03. April 2024 Lokschuppen  
 04. April 2024 Sea-Life  
 05. April 2024 Tierpark Hellabrunn

### Ich nehme am Bowling teil:

- Samstag 23. März 2024  
 Samstag 27. April 2024  
 Samstag 18. Mai 2024  
 Samstag 15. Juni 2024

### Ich komme zur Kindergruppe:

- Samstag 16. März 2024  
 Samstag 20. April 2024

- Samstag 11. Mai 2024  
 Samstag 15. Juni 2024  
 Samstag 13. Juli 2024

## Wie wird bei Gruppen-angeboten bezahlt?

Bitte **alles** genau **ankreuzen**!

Was das Angebot kostet müssen Sie **selbst** bezahlen.

Dieses Geld nennt man auch: **Gestaltungs-kosten**

Für die **Betreuung** bekommen wir auch Geld.

Das wird von einem Kosten-träger bezahlt.

Zum Beispiel von der Pflege-kasse.

Sagen Sie uns bitte ob Sie einen Kosten-träger haben.

Ja, ich habe einen Kosten-träger.

Nein, ich habe keinen Kosten-träger.

Ich bezahle selbst.

Wenn Sie keinen Kosten-Träger haben, melden Sie sich bei uns!

Sagen Sie uns bitte auch **wie** wir die Betreuung abrechnen sollen.

Mit der Pflege-kasse abrechnen:

Ich möchte bitte über die Verhinderungs-pflege abrechnen ( § 39 SGB XI ).

**oder**

Ich möchte bitte über die Betreuungs-kosten und Entlastungs-leistungen abrechnen ( § 45b SGB XI ).

**Oder Sie sagen:**

Nein, ich möchte mit einem **anderen** Kosten-träger abrechnen.

Sagen Sie uns welcher Kosten-Träger: \_\_\_\_\_

**Betreuungs-kosten sind auf dem Extra-blatt**

Bei Fragen rufen Sie uns bitte an unter: **08 12 1 / 93 34 36**

**Bitte hier noch unterschreiben:**

.....|.....|.....  
Ort / Datum                      Unterschrift Kunde/Kundin                      Unterschrift der Vertretung