

# Reiseanmeldung

Nur gültig mit vollständig ausgefülltem Teilnehmerbogen!

Bei Mehrfachanmeldungen bitte dieses Blatt kopieren!

Reisennummer: \_\_\_\_\_ Reisenummer (Alternatives Ziel): \_\_\_\_\_

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 ODER reichen Sie uns ein aktuelles Schreiben der Krankenkasse bezüglich der Einstufung in Kopie ein. **Sonst gilt stets Kategorie „C“.**

Hiermit bescheinigen wir \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name)

den Pflegegrad \_\_\_\_\_  
(eins, zwei, drei)

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

## Ich möchte:

- die Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege über die AFbJ abrechnen (Antrag lege ich anbei)
- die zusätzlichen Betreuungsleistungen über die AFbJ abrechnen (Antrag lege ich anbei)
- eine Bescheinigung für die wirtschaftlicher Jugendhilfe (Nur für MG)

## Ich wünsche mir nach der Freizeit:

- eine Rechnung über Verhinderungspflege
- eine Rechnung über zusätzliche Betreuungsleistungen

## Eigenanteil:

Zum Eigenanteil zählen: Verpflegungs-, Unterkunfts- und Fahrtkosten. Diese werden von den Pflegekassen in der Regel nicht übernommen.

Nach Zugang der Reisebestätigung ist innerhalb von 10 Tagen eine Anzahlung in Höhe der Grundleistung fällig.

## Erklärung:

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 \_\_\_\_\_

# Teilnehmerbogen

ggf. Anhang beifügen

## Reiseziel:

Ohne vollständig ausgefüllten Teilnehmerbogen wird Ihre Anmeldung nicht bearbeitet.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ m  w

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Kontaktperson während der Freizeit: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Besteht eine Mitgliedschaft bei der AFBj?

Besteht eine Behinderung? ja  nein  ja  nein

geistige Beh.  Lernbeh.  Körperbeh.  psych. Beh.

Ergänzung:

Ich habe Pflegegrad: 1  2  3  4  5

Ich habe einen Behindertenausweis: ja  nein  GdB = %

Folgende Merkmale sind darin vermerkt:

B  G  aG  H  BI  GI

Ich habe einen Parkausweis: ja  nein

Letzte AFBj-Ferienfreizeit: \_\_\_\_\_

### Allgemeines

Ich habe eine Sinnesbehinderung: ja  nein  Ergänzung

Ich habe Diabetes:

Ich habe Epilepsie:

Ich habe eine Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis B/C):

Ich habe Unverträglichkeiten / Allergien:

Ich leide an Inkontinenz:

### Kompetenz

Ich kann sprechen: ja  nein  Ergänzung

Ich kann lesen / schreiben:

Ich bin sicher im Straßenverkehr:

### Einverständnis

Ich darf ohne Reisebegleitung

am Urlaubsort unterwegs sein  auch allein  mindestens zu dritt

Ich habe eine Badeerlaubnis  Schwimmer  nicht Schwimmer

Ich benötige Hilfe bei der

Einteilung des Taschengeldes

Ich darf Alkohol trinken

Ich darf rauchen

### Assistenz

An- und Auskleiden  keine Hilfe  Erinnerung  reicht aus  ja, brauche  aktive Hilfe

Waschen / Duschen  Erinnerung

Zähneputzen  Erinnerung

Rasieren  Erinnerung

Toilettegang  Erinnerung

Sonstiges  Erinnerung

### Mobilität

Ich habe einen Faltrollstuhl  Rollstuhl m. Sitzschale  E-Rollstuhl  Rollator  Dusch-/WC-Stuhl

Ich benötige den Rollstuhl  ständig  nur bei Ausflügen

Ich benötige Schiebehilfen  ständig  nur bei Ausflügen

### Wichtiges

ist eine Beaufsichtigung  ja  nein  Ergänzung

hinsichtlich sexueller

Kontakte erforderlich?

Dürfen gängige Medikamente

verabreicht werden (z. B. gegen

Durchfall, Erkältung etc.)?

Ist eine Einzelbetreuung

erforderlich?

Dürfen Fotos veröffentlicht

werden (Lagerzeitung, Zeitung,

Internetpräsenz d. AFBj?)

Was die Betreuung über mich wissen sollte:  (Vorlieben, Interessen, Auffälligkeiten etc.)

Die Richtigkeit der gemachten Angaben wird hiermit bestätigt.

Datum

Unterschrift

# Antragsformular Verhinderungspflege 2017

- 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. Homepage [www.afbj.de](http://www.afbj.de)  
Roermonder Str. 217 Emailadresse: [afbj@afbj.de](mailto:afbj@afbj.de)  
41068 Mönchengladbach Tel.: 02161-52031  
Fax: 02161-51857

## Angaben über die Pflegekosten

Reisepreis	minus	Eigenanteil	gleich	pflegebedingte Aufwendungen
------------	-------	-------------	--------	-----------------------------

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)

# Antragsformular: zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Ferienmaßnahmen

**Nur für Ferienmaßnahmen innerhalb Deutschlands!!!**

## 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. Homepage [www.afbj.de](http://www.afbj.de)  
Roermonder Str. 217 Emailadresse: [afbj@afbj.de](mailto:afbj@afbj.de)  
41068 Mönchengladbach Tel.: 02161-52031  
Fax: 02161-51857

## Angaben über die Pflegekosten

Reisepreis	minus	Eigenanteil	gleich	Betreuungsleistungen
------------	-------	-------------	--------	----------------------

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)