

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? ja nein

Besteht eine Behinderung? 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 Merkzeichen sind darin vermerkt:

B G aG H BI GI

Ich habe einen Parkausweis: ja nein

Letzte AFbJ-Ferienfreizeit: _____

Allgemeines	ja	nein	Ergänzung
-------------	----	------	-----------

Ich habe eine Sinnesbehinderung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Ich habe Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------	--------------------------	--------------------------	--

Ich habe Epilepsie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---------------------	--------------------------	--------------------------	--

Ich habe eine Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis B/C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--------------------------	--

Ich habe Unverträglichkeiten / Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--

Ich leide an Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Kompetenz	ja	nein	Ergänzung
-----------	----	------	-----------

Ich kann sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-------------------	--------------------------	--------------------------	--

Ich kann lesen / schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Ich bin sicher im Straßenverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Einverständnis	ja	nein	Ergänzung
----------------	----	------	-----------

Ich darf ohne Reisebegleitung am Urlaubsort unterwegs sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	auch allein <input type="checkbox"/> mindestens zu dritt <input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	---

Ich habe eine Badeerlaubnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwimmer <input type="checkbox"/> nicht Schwimmer <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	---

Ich benötige Hilfe bei der Einteilung des Taschengeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--------------------------	--

Ich darf Alkohol trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Ich darf rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
------------------	--------------------------	--------------------------	--

Assistenz	nein, brauche keine Hilfe	Erinnerung reicht aus	Erinnerung u. Kontrolle	ja, brauche aktive Hilfe	Ergänzung
-----------	---------------------------	-----------------------	-------------------------	--------------------------	-----------

An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Waschen / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Mobilität

Ich habe einen Faltrollstuhl <input type="checkbox"/> Rollstuhl m. Sitzschale <input type="checkbox"/> E-Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Dusch-/WC-Stuhl <input type="checkbox"/>
--

Ich benötige den Rollstuhl	ständig <input type="checkbox"/>	nur bei Ausflügen <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------------	--

Ich benötige Schiebehilfen	ständig <input type="checkbox"/>	nur bei Ausflügen <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------------	--

Wichtiges	ja	nein	Ergänzung
-----------	----	------	-----------

Ist eine Beaufsichtigung hinsichtlich sexueller Kontakte erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--

Dürfen gängige Medikamente verabreicht werden (z. B. gegen Durchfall, Erkältung etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--

Ist eine Einzelbetreuung erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--

Dürfen Fotos veröffentlicht werden (Lagerzeitung, Zeitung, Internetpräsenz d. AFbJ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--

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

T-Shirt-Größe:

Die Richtigkeit der gemachten Angaben wird hiermit bestätigt.

Datum _____ Unterschrift _____

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

Ich wünsche mir nach der Freizeit:

- eine Rechnung für die Pflegekasse

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

Antragsformular Verhinderungspflege 2018

- 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
Roermonder Str. 217 Emailadresse: afbj@afbj.de
41068 Mönchengladbach Tel.: 02161-52031
Fax: 02161-51857

Angaben über die Pflegekosten

Reisepreis	minus	Eigenanteil und Betreuungsleist.	gleich	pflegebedingte Aufwendungen
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

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. Homepage www.afbj.de
Roermonder Str. 217 Emailadresse afbj@afbj.de
41068 Mönchengladbach 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)

Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe - soziale und kulturelle Teilhabe -

Ich als Antragsteller/in

Nachname	Vorname
E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)	Telefonnummer (freiwillige Angabe)

beantrage für meinen Sohn meine Tochter mich als Schüler/in

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		Postleitzahl
		41
		Wohnort
		Mönchengladbach

Leistungen für Bildung und Teilhabe zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft für

- Mitgliedsbeiträge aus den Bereichen Sport, Spiel, Kultur und Geselligkeit.
- Unterricht in künstlerischen Fächern (zum Beispiel Musikunterricht) oder angeleitete Aktivitäten der kulturellen Bildung (zum Beispiel Workshops in Museen).
- Teilnahme an Freizeiten (zum Beispiel Ferienveranstaltungen).
- Ich erhalte hierfür vom Fachbereich Kinder, Jugend und Familie (wirtschaftliche Jugendhilfe) der Stadt Mönchengladbach
- einen Zuschuss
- keinen Zuschuss zu den Kosten.

Ich / Wir erhalte/n als Anspruchsgrundlage folgende Sozialleistung/en:

Leistungsart (bitte ankreuzen)	Aktenzeichen (bitte ergänzen)
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II / Sozialgeld (Grundsicherung für Arbeitsuchende) nach dem Sozialgesetzbuch II	Team I _ _ _ _ _ I, BG-Nummer 36502// _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Sozialhilfe) nach dem Sozialgesetzbuch XII	50/10 - _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	50/70 - _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Kinderzuschlag nach dem Bundeskindergeldgesetz	365FK _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz	116 000 _ _ _ _ _

Mir ist bekannt, dass meine Angaben aufgrund der §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch I (SGB I) und der §§ 67 a bis c Sozialgesetzbuch X (SGB X) erhoben werden. Meine Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 SGB I. Wenn ich dieser nicht nachkomme, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Ich bestätige, dass meine Angaben nach erfolgter Prüfung vollständig und korrekt sind. Änderungen werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sämtliche für das Verfahren erforderlichen Daten bei Bedarf mit dem Leistungsanbieter ausgetauscht werden. Ein Widerruf dieser Einverständniserklärung ist jederzeit für die Zukunft möglich.

Ort	Datum	Unterschrift Antragsteller/in	Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in, wenn Antragsteller/in minderjährig ist
Mönchengladbach			

Bestätigung des Leistungsanbieters zum Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe für soziale und kulturelle Teilhabe

Der Leistungsanbieter

Bezeichnung oder Nachname, Vorname		
Aktion "Freizeit behinderter Jugendlicher" e.V.		
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Roermonder Str. 217	41068	Mönchengladbach
E-Mail-Adresse		Telefonnummer
afbj@afbj.de		02161-52031

bietet für das Kind / den Jugendlichen / die Jugendliche

Nachname	Vorname	Geburtsdatum

die Teilnahme an folgendem Angebot an (bitte erläutern):
Ferienwerk

Die kostenpflichtige Teilnahme am Angebot

- erfolgt bereits seit _____ .
 wird am _____ beginnen.
 erfolgt für die Zeit vom _____ bis _____ .

Die Kosten für das Angebot betragen _____ EUR

- jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich einmalig
 und sind zur Zahlung fällig (jeweils) zum _____ .

Die Kosten wurden

- bis zum _____ vollständig bezahlt.
 anteilig mit _____ EUR bezahlt.
 noch nicht bezahlt.

Zahlungsbestätigung durch Stempel

Die Zahlung/en soll/en auf folgendes Girokonto des Leistungsanbieters erfolgen:

Bezeichnung oder Nachname, Vorname Kontoinhaber/in	
AFBJ e.V.	
IBAN	DE 6 4 3 1 0 5 0 0 0 0 0 0 0 0 4 1 5 4 1 1
BIC	Geldinstitut
I M G L S D E 3 3	SSK
bei Zahlungen anzugebender Verwendungszweck	

Der Leistungsanbieter ist

- Träger der öffentlichen oder anerkannter Träger der freien Jugendhilfe, Mitgliedsverein oder -verband des Sportsportbundes oder wurde auf Antrag bereits als Leistungsanbieter anerkannt.
 eine Privatperson oder gewerblich tätig und wurde noch nicht als Leistungsanbieter anerkannt.
 Die Anerkennung wird er bei der Koordinierungsstelle des Fachbereichs Soziales und Wohnen der Stadt Mönchengladbach (Informationen unter www.bildungspaket-mg.de) beantragen.

Der Leistungsanbieter bestätigt, dass die Angaben nach erfolgter Prüfung vollständig und korrekt sind.

Ort	Datum	Unterschrift	Stempel