

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

(bitte vollständig ausfüllen)

Name:		Foto
Vorname:		
Geschlecht:		
Nationalität:		
Geburtsdatum:		
Telefon:		
Mobil:	Mobil (alternativ):	
E-Mail-Adresse:	Bitte in E-Mail-Verteiler z. Übersendung aktueller Info-/Ferienwerkhefte aufnehmen: <input type="checkbox"/> ja	
Adresse:		
Kontaktperson:		
<i>Sofern abweichend, vollständige Kontaktdaten der Kontaktperson:</i>		
Adresse:		
Telefon und mobil:		
E-Mail-Adresse:		
Besteht eine Mitgliedschaft bei der AFBJ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ziel und Jahr der letzten AFBJ-Ferienfreizeit:		
Besucht eine Gruppenstunde der AFBJ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Gruppenname:
Name der Schule/Werkstatt:		
Falls vorhanden und nötig, Kontaktangaben SchulsozialarbeiterIn/Integrationshelfer/In:		
Besteht eine Behinderung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Diagnostizierte Behinderung:
<input type="checkbox"/> geistige Behind. <input type="checkbox"/> psychische Behind. <input type="checkbox"/> Lernbehind. <input type="checkbox"/> körperliche Behind.		
Mögliche Ursache der Behinderung:		
Genauere Erläuterung der Behinderung:		
Liegt ein Behindertenausweis vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		GdB:        %
Folgende Merkzeichen sind darin angegeben: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI		
Anerkannter Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

<input type="checkbox"/> Ich habe eine Sinnesbehinderung <input type="checkbox"/> Ich habe Epilepsie <input type="checkbox"/> Ich habe Diabetes <input type="checkbox"/> Ich habe eine Infektionskrankheit (Hepatitis <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte erläutern, falls vorhanden:
<input type="checkbox"/> Ich leide an Inkontinenz <input type="checkbox"/> Ich trage meine Schutzhose ständig <input type="checkbox"/> Die Schutzhose wird nur nachts benötigt Weitere medizinische Besonderheiten (Magensonde o. ä.):
Ich kann sprechen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Evtl. nähere Angaben:
Ich verständige mich <input type="checkbox"/> mit einem Talker <input type="checkbox"/> mit Gebärden <input type="checkbox"/> sonstiges Evtl. nähere Angaben:
<input type="checkbox"/> Ich kann schreiben <input type="checkbox"/> Ich kann lesen Evtl. nähere Angaben:
<b>Mobilität</b> Wird ein Hilfsmittel zur Mobilität benötigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> 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"/> Ich fahre eigenständig mit dem Rollstuhl <input type="checkbox"/> Ich benötige den Rollstuhl nur bei weiteren Strecken
<input type="checkbox"/> Bei der Autofahrt bleibe ich im Rollstuhl sitzen <input type="checkbox"/> Bei der Autofahrt steige ich aus dem Rollstuhl aus
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Parkausweis <i>(Falls ein Parkausweis vorhanden ist, bitte mitgeben.)</i>
<input type="checkbox"/> Ich kann mit Assistenz stehen <input type="checkbox"/> Ich kann mit Assistenz einige Schritte gehen
<input type="checkbox"/> Ich benötige Hilfe beim Treppensteigen
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich benötige Hilfe beim Umgang mit Geld (Einteilung Taschengeld o. ä.): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
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 Urlaubsort unterwegs sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> auch allein <input type="checkbox"/> mindestens zu dritt
Ich habe eine Badeerlaubnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schwimmer <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer
Ich bin sicher im Straßenverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden öffentliche Verkehrsmittel selbstständig genutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich darf Alkohol trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menge ca.
Ich darf rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menge ca.
Ist eine Einzelbetreuung erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist eine Beaufsichtigung hinsichtlich sexueller Kontakte nötig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Sonstige Informationen:

T-Shirt-Größe:

Ich bin bereits gegen das Corona-Virus geimpft:

Ich erkläre mich bereit, dass die Betreuer der AFBJ ein- oder mehrfach Corona-Schelltests durchführen dürfen:  ja  nein

Nur bei Freizeiten: 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:

**Die Richtigkeit aller gemachten Angaben, insbesondere die zur teilnehmenden Person wird hiermit bestätigt. Änderungen oder Änderungswünsche werden der AFBJ schriftlich mitgeteilt!**

**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, **sonst gilt stets Kategorie „C“**.

Hiermit bescheinigen wir

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name)

den Pflegegrad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(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 wirtschaftlicher 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

- 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 und Betreuungsleist.	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)

# 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](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	davon	Betreuungsleistungen
------------	-------	----------------------

### Abtrittserklärung:

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

Ort, Datum

Unterschrift (Versicherter/ gesetzl. Betreuer)