

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

(bitte vollständig ausfüllen)

Name:	Foto
Vorname:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	
Nationalität:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail-Adresse:	
Bitte in E-Mail-Verteiler zur Übersendung aktueller Info-/ Ferienwerkhefte aufnehmen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
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/IntegrationshelferIn:	
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 bin Vegetarier
Weitere medizinische Besonderheiten (Magensonde o. ä.):
<input type="checkbox"/> Ich leide an Inkontinenz <input type="checkbox"/> Ich trage meine Schutzhose ständig <input type="checkbox"/> Die Schutzhose wird nur nachts benötigt
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:
<input type="checkbox"/> Ich trage eine Brille
<input type="checkbox"/> Ich trage eine lose Zahnsperre
<input type="checkbox"/> Ich trage sonstige Hilfsmittel:
<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 Kon- trolle	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			
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 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?			
Darf unter Aufsicht/ Anleitung eines Betreuers, auf einem Pferd mit Helm reiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      Mobilfunknummer:			
Sonstige Informationen:			
<b>Die Richtigkeit aller gemachten Angaben, insbesondere die zur teilnehmenden Person wird hiermit bestätigt. Änderungen oder Änderungswünsche werden der AFBJ schriftlich mitgeteilt!</b>			
Ort, Datum		Unterschrift	

Möglichst senden an: [anmeldungen@afbj.de](mailto: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:

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

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](http://www.afbj.de)

E-Mail-Adresse: [afbj@afbj.de](mailto:afbj@afbj.de)

Tel.: 02161-52031

Fax: 02161-51857

## Angaben über die Pflegekosten

Reisepreis

minus

Eigenanteil und Betreuungsleistung

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 E-Mail-Adresse: [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)