



Freizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung und deren Angehörige
vom Mo. 18.05 -Di. 26.05.2020
im Kurheim Eden-Park Bad Kissingen

Januar 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V., anerkannt als Anbieter von niedrigschwelligen Leistungen, bietet im Jahre 2020 erneut eine Betreuungsfreizeit für Menschen mit Demenz und deren Angehörige an.

Termin: Montag, 18. Mai 2020 – Dienstag, 26. Mai 2020

Ort: Kurheim Eden-Park, Rosenstraße 7
97688 Bad Kissingen, Tel.: 0971-71 72 0

Unterbringung: Die Unterbringung erfolgt in Ein- und Doppelbettzimmern

Die Ansprechpartnerinnen bieten: Unterstützung für allgemeine Fragen bezüglich der Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer Demenz für Interessenten / По всем вопросам, касающимся отдыха для людей больных деменцией, просьба обращаться:

Graziella Gubinsky (in deutscher Sprache, (на немецком языке) Tel.: 069 944-371-14

Marina Chekalina (in russischer Sprache, (на русском языке) Tel.: 069 – 944-371-19

Teilnehmer*innen:

- Am Angebot können Menschen mit einer dementiellen Erkrankung teilnehmen, welche gruppenfähig, nicht ausgeprägt pflegebedürftig sind und keine ständige Einzelbetreuung benötigen.
- Die Personen sollten Entlastungsleistungen bei ihrer Krankenkasse oder dem Sozialamt abrechnen dürfen.

- Die dementiell erkrankten Personen müssen von einem Angehörigen oder Betreuer*in begleitet werden.

Da das Haus „Eden-Park“ nicht rollstuhlgerecht ausgestattet ist, können Personen mit einer starken Gehbehinderung an dem o. g. Angebot leider nicht teilnehmen.

Teilnahmegebühr:

- 140,00 Euro für jede Person (incl. der Unkosten) – Wenn Sie Schwierigkeiten haben diesen Eigenanteil zu finanzieren, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns.
- 700,00 Euro für die Person mit einer dementiellen Erkrankung können durch die Pflege- bzw. Krankenkasse abgerechnet werden. Voraussetzung für die Teilnahme ist die Bewilligung der Pflegekasse oder des Sozialamts über die Eingruppierung in mindestens Pflegegrad 1. Somit können 125€/ monatlich als niedrighschwelliges Angebot abgerechnet werden.

Antrag auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen:

Der Antrag (siehe auch beiliegenden Musterantrag) auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen kann bei der zuständigen Pflegekasse bzw. Krankenkasse gestellt werden. Bei der Antragstellung ist die Einladung zu der Betreuungsfreizeit beizulegen. Wenn Ihr Antrag abgelehnt wird, unterstützen wir Sie gerne dabei, Widerspruch einzulegen.

Information hierzu bieten unsere russischsprachigen Sozialarbeiterinnen jeden

Dienstag von 9.00- 13.00 Uhr:

- Jana Stachevski, Jüdische Gemeinde Recklinghausen, Telefonnummer: 02361- 15131
- Inna Gorelik, Jüdische Gemeinde Nürnberg, Telefonnummer: 0911- 5625194

Die Endabrechnung der Leistung erfolgt über die ZWST, wenn Sie zusammen mit der Anmeldung eine Abtretungserklärung (diesem Schreiben beigelegt) unterschrieben zurückschicken.

Bitte teilen Sie uns die noch vorhandene Möglichkeit der Kostenübernahme durch Mitteilung des Restbudgets mit. Bitte senden Sie uns dafür eine aktuelle Kopie über die Bewilligung der Pflegeleistungen bzw. zusätzlichen Betreuungsleistungen Ihrer Krankenkasse zu.

Diese Bescheinigung sollten Sie bei Ihrer Kranken- bzw. Pflegekasse anfordern.

Falls Ihre Teilnahme über einen anderen Kostenträger (z.B. das Sozialamt) oder über eine andere Leistung der Pflegekasse wie z.B. Verhinderungspflege abgerechnet wird, bitten wir Sie, eine Kopie des Antrags beizufügen.

Wenn Ihr Antrag auf Kostenübernahme bei dem zuständigen Sozialamt bis zum Freitag, 17.04.2020 nicht bewilligt oder verzögert wird, können wir Ihre Anmeldung leider nicht berücksichtigen.

Programm:

- Kreative Aktivitäten, Einzelbetreuung, Ausflüge
- In dieser Freizeit erfolgen auch getrennte Aktivitäten für die Menschen mit einer dementiellen Erkrankung und ihre Angehörigen.
- Gesprächsgruppe und Fachvorträge für Angehörige
- Die Freizeit wird bei Bedarf auf Deutsch mit russischer Übersetzung durchgeführt.

Sehr wichtig:

- Da nur eine begrenzte Anzahl an Plätzen zur Verfügung stehen, müssen wir darauf aufmerksam machen, dass eine Anmeldung noch keine Teilnahmebestätigung ist.
- Anmeldung mit anliegendem Formular bis spätestens: Freitag, 17. April 2020
- Bitte beachten Sie, dass für diese Freizeit das Formular der Anmeldung für Menschen mit Demenz und dessen Begleiter*in ausgefüllt werden.
- Wir bitten Sie, das diesem Schreiben beigefügte ärztliche Attest ausgefüllt, sowie einen Medikamentenplan zusammen mit Ihrer Anmeldung an uns zurück zu schicken.

Fahrtkosten:

Erstattet werden 50% der Fahrtkosten auf der Basis einer Fahrkarte (Hin- und Rückfahrt) 2. Klasse Spartarif. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass die Abrechnung der Fahrtkosten nur auf Grundlage des jeweils günstigsten Tarifs (z.B. Sparpreis, Gruppenticket etc.) und nur gegen Vorlage des Fahrausweises erfolgen kann. Taxikosten werden nicht übernommen.

Bitte beachten:

Bei Absagen, die schriftlich bis spätestens 7 Tage vor Beginn der Maßnahme bei der ZWST Frankfurt eingehen, werden 50 % des Teilnahmebetrages in Rechnung gestellt. Bei später eingehenden Absagen oder bei Nichtteilnahme wird der Teilnahmebetrag als Stornogebühr von 140,- Euro berechnet.

Wir bedanken uns für die Weiterleitung dieser Informationen und wünschen Ihnen

ein gutes Jahr 2020!

Mit freundlichen Grüßen

ZENTRALWOHLFAHRTSSTELLE

Graziella Gubinsky

Graziella Gubinsky

Nach dieser Vorlage können Sie einen Antrag schreiben.

Antrag auf Betreuungsleistungen

Hiermit beantrage ich einen Entlastungsbetrag von 700,- Euro für eine Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung, die von der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. (ZWST) durchgeführt wird.

Ich bitte Sie den Bedarf zu prüfen.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage: Einladungsschreiben der ZWST e.V.

Anmeldung zur Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung und deren Angehörige vom 18.05.-26.05.2020 in Bad Kissingen	
Anmeldung: Person mit dementieller Erkrankung	
Familienname:	Vorname:
Geboren am:	Geburtsort:
PLZ/Wohnort:	Straße:
Telefon / Handy:	Email:
Beruf:	
Art der Beeinträchtigung /Diagnose:	
Symptome:	
-Ist der Betroffene über das Sozialamt versichert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
-Ist der Betroffene über die Pflegekasse versichert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Welches sind die bevorzugten Freizeitbeschäftigungen, Hobbys des Teilnehmer*in?	
Deutschkenntnisse: gering mittel gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Kenntnisse in anderen Sprachen:	

Zusätzliche allgemeine Hinweise, die Betreuer beachten und wissen sollten:

- Kann der/die Teilnehmer*in an Spaziergängen und Ausflügen mit leichten körperlichen Anstrengungen teilnehmen? (bitte ankreuzen)
Ja Nein

- Hat der/die Teilnehmer*in Schwierigkeiten mit der Orientierung?
Ja Nein Wenn ja, inwiefern:

- Hat der Teilnehmer Schwierigkeiten an Gruppenaktivitäten teilzunehmen?
Ja Nein Wenn ja, inwiefern:

- -Benötigt der Teilnehmer allgemein Hilfe? (z.B. beim Waschen, Mahlzeiten einnehmen, Räume finden):

- Benötigt der Teilnehmer eine bestimmte Kost (Diabetes, passierte Kost)?

- Sonstige wichtige Hinweise zu Gewohnheiten, Besonderheiten, Erwartungen, Wünsche:

Zusätzliche Hinweise zu medizinischen Themen:

- Medikamenteneinnahme: benötigt der Teilnehmer Hilfe bei der Medikamenteneinnahme?
Ja Nein Wenn ja, inwiefern:

- Pflegegrad:

- Pflegedienst: Ist ein Pflegedienst notwendig?
Ja Nein

Wenn ja, für welche Unterstützung?

Anmeldung zur Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung und deren Angehörige vom 18.05.-26.05.2020 in Bad Kissingen

Anmeldung: Angehöriger oder Begleiter*in

Familienname:	Vorname:
Geboren am:	Geburtsort:
PLZ/Wohnort:	Straße:
Telefon / Handy:	Email:

Beruf: _____

Hobbys: _____

In unserer Familie ist (Name) _____ Gemeindemitglied in der Gemeinde _____ seit _____.

Deutschkenntnisse: gering mittel gut

Kenntnisse in anderen Sprachen: _____

Die Anreise erfolgt ab 16.00 Uhr. Bitte teilen Sie uns die Uhrzeit Ihrer Anreise mit.
Uhrzeit: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Hiermit stimme ich zu, dass die von mir angegebenen Daten zur Bearbeitung meiner Anmeldung verarbeitet und gespeichert werden dürfen. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an zentrale@zwst.org widerrufen. Unsere allg. Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://zwst.org/de/datenschutz/>.

Mit der Bestätigung meiner Anmeldung durch die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. Foto-, Film- und/oder Tonaufnahmen von mir anlässlich der o.g. Veranstaltung macht und diese Aufnahmen unentgeltlich zeitlich und räumlich unbegrenzt in allen zum Zeitpunkt der Unterzeichnung bekannten Nutzungsarten verwendet/veröffentlicht (inklusive soziale Netzwerke). Dies umfasst auch die Umgestaltung, Kürzung und Synchronisierung der Aufnahmen. Ich werde gegenüber der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland keine Ansprüche für Art und Form der Nutzung der oben aufgeführten Aufnahmen durch Dritte (z. B. Runterladen von Aufnahmen und Nutzung) geltend machen.

Abtretungserklärung der Leistungen nach SGB XI

für die Zeit vom _____ bis _____

in Höhe von _____ EUR

Versicherungsnehmer*in:

Vorname, Name _____

Anschrift _____

PLZ, Ort _____

Zuständige Kranken-
bzw. Pflegekasse _____

Adresse _____

Versichertennummer _____

Leistungserbringer:

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.

(IK) 500601234

Hebelstraße 6

60318 Frankfurt am Main

Tel.: (069) 944 371 19

Hiermit trete ich meine Ansprüche auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen an die ZWST ab.

Dies geschieht unter dem Vorbehalt des schriftlichen Widerrufs zum Monatsende an den Leistungserbringer.

Ort, Datum

Unterschrift

bzw. Vertreter*in

Sehr geehrte Ärzte, Ihr*e Patient*in möchte an einer Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer Demenzerkrankung in Bad Kissingen teilnehmen. Es ist uns besonders wichtig für unsere Teilnehmer*in und Mitarbeiter*in einen reibungslosen Ablauf der o.g. Freizeit zu gewährleisten. Wir bitten Sie um **genaue Angaben** des gesundheitlichen Zustandes der Betroffenen. Außerdem ist es uns wichtig Ihre Kontaktdaten gut leserlich zu erhalten, um uns bei eventuellen Rückfragen an Sie wenden zu können.

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG für die Teilnahme an einer Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung in der Zeit vom 18.-26. Mai 2020 in Bad Kissingen	
in der Zeit von:	
Herr/Frau:	geb. am:
PLZ/Wohnort:	Straße:
befindet sich in meiner Behandlung und hat mich von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.	

1. Art der Beeinträchtigung / Diagnose	
2. Ist der Patient:	
a) reisefähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) zu einer längeren Busfahrt fähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) aus med. Gründen in der Gemeinschaft tragbar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, Begründung:	

3. Ist eine ständige Medikamentierung erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Begründung	

4. Liegt eine Stuhl- oder Urininkontinenz vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

5. Welche Erkrankung ist zu beachten:	
Psych.-neurol. Beeinträchtigung (z. B. Demenz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Herz _____	
<input type="checkbox"/> Diabetes _____	
<input type="checkbox"/> Cholesterin _____	
<input type="checkbox"/> Leber/Galle _____	
<input type="checkbox"/> Magen/Darm _____	
<input type="checkbox"/> Nieren _____	
<input type="checkbox"/> Allergie _____	
<input type="checkbox"/> Sonst. Leiden _____	
* Zutreffendes bitte ankreuzen	

6. Besteht zurzeit eine akute, bzw. infektiöse Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

7. Ist eine Diät erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------	---

8. Sonstige zu beachtende Hinweise:

<p>Ich bestätige hiermit, dass ich o.g. Patienten am heutigen Tage gesehen und persönlich untersucht habe.</p> <p>Gegen eine Teilnahme an einer Betreuungsfreizeit in Bad Kissingen bestehen ärztlicherseits keine Bedenken.</p>	
Ort und Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes

Hinweis über den Datenschutz: Die Daten dieser Bescheinigung werden ausschließlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.

„Entlastungsbetrag“ für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ vom Sozialamt beziehen
(das sind die Leistungen nach SGB XII statt SGB XI)

Nicht alle Menschen sind pflegeversichert und werden in die gesetzliche Krankenkasse aufgenommen.

Für diese Menschen bietet die Sozialhilfe (SGB XII) Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ an.

Aufgrund der Pflegereform 2017 gibt es wichtige Änderungen sowohl in der gesetzlichen Pflegeversicherung als auch im Sozialrecht.

Ab 01.01.2017 sind die neuen Pflegestärkungsgesetze II und III in Kraft getreten, die weitere Verbesserungen in die gesetzliche Pflegeversicherung bringen.

Laut des Pflegestärkungsgesetzes III haben ab 2017 alle Pflegebedürftigen (auch Nichtpflegeversicherte) einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. (§ 64i und § 66 SGB XII).

Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen zur:

1. Entlastung pflegender Angehöriger
2. Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags
3. Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne des § 45a des Elften Buches

Mit diesen Geldern können u.a. folgende zusätzliche Betreuungsleistungen bezahlt werden:

- Betreuungsgruppen für Demenzkranke
- Betreuung, Anleitung und Förderung im kreativen und sportlichen Bereich
- soziale Betreuung bzw. tagesstrukturierende Maßnahmen

Um diesen Entlastungsbetrag in Anspruch nehmen zu können muss ein Antrag beim Sozialamt gestellt werden. Einen Musterantrag finden Sie auf Seite 4 dieses Schreibens.

Dieser Betrag wird nicht an die pflegebedürftige Person ausgezahlt, sondern an anerkannte Organisationen, zum Beispiel ZWST, die solche Leistungen erbringen.

Der monatliche Leistungsbetrag kann angespart und auf das nächste Kalenderjahr übertragen werden (bis Ende Juni).