



Организованный отдых для людей с заболеванием деменцией и их родственников с понедельника 18 мая по вторник 26 мая 2020 года, в доме отдыха «Eden-Park» в Бад Киссингене.

Уважаемые дамы и господа,

Центральная благотворительная организация евреев в Германии, признанная как организация, имеющая право на проведение мероприятий в соответствии с §45b SGB XI для людей с заболеванием деменцией предлагает с 18 по 26 мая 2020 г. организованный отдых для людей, страдающих деменцией и их родственников.

Дата: понедельник, 18.05.2020 – вторник, 26.05.2020

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

Условия проживания: размещение в одно - или двухместных номерах.

Контакт:

По всем вопросам, касающимся отдыха для людей больных деменцией, просьба обращаться:

Graziella Gubinsky (на немецком языке), Tel.: 069 944-371-14, gubinsky@zwst.org

Marina Chekalina (на русском языке), Tel.: 069 – 944-371-19, chekalina@zwst.org

Кто может принимать участие в предлагаемом отдыхе:

- Люди, больные деменцией, способные принимать участие в групповых мероприятиях и не нуждающиеся или нуждающиеся в незначительной степени в постороннем, постоянном уходе.
- Лица, получающие от больничной кассы выплаты для нуждающихся в уходе (от степени по уходу Pflegegrad 1) или дотации от социального ведомства (Sozialamt – Hilfe zur Pflege). Более подробная информация о финансировании этого мероприятия прилагается к этому письму.
- Больные деменцией должны сопровождаться родственником или опекуном
- Поскольку дом отдыха „Eden-Park“ не приспособлен для людей, передвигающихся на инвалидных колясках, их участие в данном мероприятии, к сожалению не возможно.

Стоимость мероприятия:

- **140,00** - евро для каждого участника

Если у Вас возникнут проблемы с оплатой этой суммы, мы можем в индивидуальном порядке рассмотреть возможные варианты.

- **700,00** - евро для лиц деменцией. На эту сумму будет выставлен счёт больничной кассе по уходу.

Заявление на получение этого дополнительного пособия:

К этому письму мы прилагаем образец заявления на это пособие. Информировать, пожалуйста, заблаговременно вашу больничную кассу или социальное ведомство о ваших планах, приложив данное информационное письмо.

За дальнейшей информацией и помощью по этому вопросу вы можете также обратиться к нашим русскоговорящим социальным работникам по вторникам с 9.00 до 13.00 часов:

- **Яна Сташевская**, еврейская община г. Реклингхаузен; Тел.: 02361-15131;
- **Инна Горелик**, еврейская община г. Нюрнберг; Тел.: 0911-5625194.

Мы возьмем на себя оформление всех формальностей в случае, если Вы вместе с заявлением на регистрацию вышлете нам подписанную вами доверенность (**Abtretungserklärung**), приложенную к этому письму.

Просим приложить к вашему заявлению также копию документа, подтверждающего получение от больничной кассы или социального ведомства соответствующих выплат (Pflegegeld), а также актуальную информацию о наличии средств для оплаты данного мероприятия (Restbudget). Для получения этой информации обратитесь, пожалуйста, в вашу больничную кассу.

Если Ваше участие в данном мероприятии будет оплачиваться, например, социальным ведомством (Sozialamt), приложите, пожалуйста, копию вашего заявления на оплату.

Если Ваше заявление будет отклонено, мы поможем Вам написать протест (Widerspruch).

Если на поданное Вами в социальное ведомство (Sozialamt) заявление на оплату участия не был получен положительный ответ до 17 апреля 2020 г., или его рассмотрение по каким-либо причинам затягивается, то Ваше участие в этом мероприятии, к сожалению, подтверждаться не будет.

Программа:

- Креативные групповые мероприятия, индивидуальный присмотр, экскурсии
- Раздельные мероприятия для больных деменцией и их родственников
- Обмен мнением в небольших группах и лекции специалистов

При необходимости мероприятия будут сопровождаться переводом на русский язык.

Важная информация:

- Просим Вас принять к сведению, что в связи с ограниченным количеством мест в группе, подача заявления не является гарантией участия в мероприятии.
- **Заявление на участие следует подать** на приложенном к письму формуляре **не позднее пятницы, 17 апреля 2020 г.**
- Просим заполнить **оба** формуляра заявления на регистрацию (на участника с заболеванием деменцией и на каждого сопровождающего).
- Просим приложить к заявлению заполненный вашим лечащим врачом формуляр (ärztliches Attest, прилагается к этому письму), а также план приема медикаментов (Medikamentenplan) , если таковые имеются.

Расходы на проезд:

возмещаются в размере 50%

- за проезд в вагоне 2 класса туда и обратно по **эконом. тарифу** (напр. билет по сниженной цене, групповой билет и т.д.). Обращаем ваше внимание на то, что возмещение расходов на проезд осуществляется после проведенного мероприятия и **только при предъявлении оригинала проездного билета.**
- за проезд на автомобиле из расчета 0,20 Cent /км, max.130,-€.

Отказ от участия:

отказ от участия в мероприятии должен поступить в ZWST в **письменном виде** не позднее, чем за 7 дней до начала заезда. В этом случае Вам будет выставлен счет в размере 50% от суммы оплаты.

При отказе, полученном позднее этого срока, или при неучастии в мероприятии без предупреждения, выставляется счет в размере суммы оплаты за участие, т.е.140,- евро (в качестве аннуляционного сбора).

Мы благодарим вас за дальнейшую передачу этой информации и желаем вам и вашим семьям **удачного и здорового нового 2020 года!**

С дружеским приветом

ЦЕНТРАЛЬНАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЕВРЕЕВ ГЕРМАНИИ

Graziella Gubinsky

Graziella Gubinsky

Приложение: формуляр заявления, формуляр для заполнения врачом, доверенность (Abtretungserklärung),

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.

**Заявление на принятие участия в отдыхе для людей с
заболеванием деменцией и их родственников
с 18 по 26 мая 2020 г. в Бад Киссингене.**



Заявление лица с заболеванием деменцией

Фамилия:	Имя:
Дата рождения:	Место рождения:
Адрес: (почтовый индекс/город)	Улица:
Телефон / Мобильный:	Электронный адрес:
Профессия:	
Вид расстройства /диагноз:	
Симптомы:	
<p>- больной застрахован в службе социального обеспечения (Sozialamt)? да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p> <p>-больной застрахован в кассе по уходу (Pflegekasse)? да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p>	
Чем заявитель предпочитает заниматься во время досуга? Увлечения, интересы.	
<p>Знание немецкого языка: слабое среднее хорошее</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

Знание других языков:

Дополнительные сведения для организаторов отдыха:

- **Может ли заявитель принимать участие в прогулках и экскурсиях с лёгкими физическими нагрузками? (просьба отметить)**
да нет

- **Есть ли у заявителя проблемы ориентировки в пространстве?**
да нет если да, то, какие?:

- **Могут ли у заявителя возникнуть трудности при участии в групповых мероприятиях?**
да нет если да, то, какие?:

- **Нуждается ли заявитель в оказании помощи в повседневной жизни (например, при умывании, приёме пищи, ориентации в помещениях)?:**

- **Нуждается ли заявитель в специальном питании (например, при сахарном диабете, протёртое питание)?**

- **Дополнительные сведения, касающиеся привычек, пожеланий, особенностей или ожиданий заявителя:**

Дополнительная информация к медицинской теме:

**Заявление на принятие участия в отдыхе для людей с
заболеванием деменцией и их родственников
с 18 по 26 мая 2020 г. в Бад Киссингене.**

Заявление родственника или сопровождающего лица

Фамилия:

Имя:

Дата рождения:

Место рождения:

Адрес (почтовый индекс/город):

Улица:

Телефон / мобильный:

Электронный адрес:

Профессия:

Хобби, увлечения, интересы:

В нашей семье является членом евр. общины (фамилия, имя)

города _____ с какого времени _____

Знание немецкого языка: gering

mittel

gut

Знание других языков:

Заезд состоится с 16:00 часов.

Пожалуйста, сообщите нам время своего приезда: _____

Место и дата заполнения анкеты

Подпись

Abtretungserklärung der Leistungen

für die Zeit vom _____ bis _____

in Höhe von _____ EUR

Versicherungsnehmer:

Vorname, Name _____

Anschrift _____

PLZ, Ort _____

Zuständige Kranken-
bzw. Pflegekasse _____

Adresse _____

Versicherungsnr. _____

Leistungserbringer:

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.
Hebelstraße 6
60318 Frankfurt am Main
Tel.: (069) 944 371 19

Hiermit trete ich meine Ansprüche auf zusätzliche Betreuungsleistungen an die ZWST ab.

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

Ort, Datum

Unterschrift

bzw. Vertreter

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Sehr geehrte Ärzte, Ihr(e) Patient(in) möchte an einer Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung in Bad Kissingen teilnehmen. Es ist uns besonders wichtig für unsere Teilnehmer und Mitarbeiter 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 30.04.-07.05.2019 in Bad Kissingen	
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:	
e) während des Erholungsaufenthaltes auf ständige ärztliche Betreuung angewiesen?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

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:
Entlastung pflegender Angehöriger

Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags

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 die ZWST, die solche Leistungen erbringen.

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