

Форма заявки

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 30.04 по 07.05.2019 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 30.04 по 07.05.2019 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).