



Freizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung und deren Angehörige vom 20.05.- 28.05.2025 im Kurheim Beni Bloch in Bad Kissingen

Dezember 2024

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V., anerkannt als Anbieter von niedrighschwelligem Leistungen, bietet im Jahr 2025 erneut eine Betreuungsfreizeit für Menschen mit Demenz und deren Angehörige an.

**Termin: Dienstag, 20. Mai 2025 – Mittwoch, 28. Mai 2025**

**Ort: Kurheim Beni Bloch, Rosenstraße 7  
97688 Bad Kissingen, Tel.: 0971-71 72 0**

**Unterbringung: Die Unterbringung erfolgt in Ein- und Doppelbettzimmern**

**Die Ansprechpartnerinnen:**

**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

**Teilnehmende:**

- Am Angebot können Menschen mit einer dementiellen Erkrankung teilnehmen, welche gruppensfähig, 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 „Kurheim Beni Bloch“ nicht rollstuhlgerecht ausgestattet ist, können Personen mit einer starken Gehbehinderung an dem o. g. Angebot leider nicht teilnehmen.

### Programm:

- Kreative Aktivitäten, Einzelbetreuung, Kulturprogramm, Ausflüge;
- In dieser Freizeit erfolgen auch getrennte Aktivitäten für die Menschen mit einer dementiellen Erkrankung und ihre Angehörigen;
- Regelmäßige Gesprächsgruppe und Fachvorträge für Angehörige.

### Sehr wichtig:

- Wir weisen darauf hin, dass eine Anmeldung noch keine Teilnahmebestätigung ist
- Bitte beachten Sie, dass für diese Freizeit das Formular der Anmeldung für Menschen mit Demenz und dessen Begleiter: in ausgefüllt werden.
- **Anmeldung mit anliegendem Formular bitte bis spätestens zum Dienstag, 8. April 2025.**
- Wir bitten Sie, das diesem Schreiben beigefügte **ärztliche Attest** ausgefüllt, sowie einen **Medikamentenplan** zusammen mit Ihrer Anmeldung an uns zuzuschicken.

### Teilnahmegebühr:

- **800,00 Euro** für die Person mit einer dementiellen Erkrankung können durch die Pflege- bzw. Krankenkasse, oder dem Sozialamt abgerechnet werden.
- **160,00 Euro** für jede Person (+ 50% der Fahrtkosten pro Person)  
Wenn Sie Schwierigkeiten haben diesen Eigenanteil zu finanzieren, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns.

### Antrag auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen:

Für die Person mit dementieller Erkrankung können die Kosten durch die Pflege- bzw. Krankenkasse abgerechnet werden. Voraussetzung ist die Bewilligung der Pflegekasse oder des Sozialamtes über die Eingruppierung in mindestens Pflegegrad 1. Somit können **131€ / monatlich als Entlastungsbetrag** abgerechnet werden. Der Antrag auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (siehe beiliegenden Musterantrag) kann bei der zuständigen Pflegekasse bzw. Sozialamt gestellt werden. Bei der Antragstellung ist das Infoschreiben zu der Betreuungsfreizeit vorzulegen. Wenn Ihr Antrag abgelehnt wird, unterstützen wir Sie gerne dabei, Widerspruch

einzu legen. Die Endabrechnung der Leistung erfolgt über die ZWST, wenn Sie **zusammen mit der Anmeldung eine Abtretungserklärung** (diesem Schreiben beige fügt) unterschrieben zurückschicken.

**Bitte teilen Sie uns die noch vorhandene Möglichkeit der Kostenübernahme durch Mitteilung des Restbudgets mit.**

Falls Ihre Teilnahme über einen anderen Kostenträger (z.B. das Sozialamt) oder über eine andere Leistung der Pflegekasse wie z.B. Verhinderungspflege abgerechnet werden kann, bitten wir Sie, uns das mitzuteilen.

**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 Stornobühr von 160,- Euro berechnet.

Wir bedanken uns für die Weiterleitung dieser Informationen.

Wir wünschen Ihnen alles Gute,  
bleiben Sie gesund!

Mit besten Grüßen

ZENTRALWOHLFAHRTSSTELLE

*Graziella Gubinsky*

Graziella Gubinsky

Anmeldung zur Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung und deren Angehörige vom 20.-28.05.2025 in Bad Kissingen	
Anmeldung: Person mit dementieller Erkrankung	
Familienname:	Vorname:
Geboren am:	Geburtsort:
PLZ/Wohnort:	Straße:
Telefon / Handy:	E-Mail:
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:	
Können Sie Jiddisch?      Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

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/die Teilnehmer: in Schwierigkeiten an Gruppenaktivitäten teilzunehmen?  
Ja     Nein  Wenn ja, inwiefern:
- Benötigt der/die Teilnehmer: in allgemein Hilfe? (z.B. beim Waschen, Mahlzeiten einnehmen, Räume finden):
- Benötigt der/die Teilnehmer: in eine bestimmte Kost (Diabetes, passierte Kost)?
- Sonstige wichtige Hinweise zu Gewohnheiten, Besonderheiten, Erwartungen, Wünsche:

Zusätzliche Hinweise zu medizinischen Themen:

- Medikamenteneinnahme: benötigt der/die Teilnehmer: in Hilfe bei der Medikamenteneinnahme?  
Ja     Nein  Wenn ja, inwiefern:
- Pflegegrad:
- Pflegedienst: Ist ein Pflegedienst notwendig?  
Ja       Nein   
Wenn ja, für welche Unterstützung?

Im Notfall ist zu benachrichtigen:

Name, Vorname:

Straße:

Platz, Wohnort:

Telefon:



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.

<b>ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG</b> für die Teilnahme an einer Betreuungsfreizeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung in der Zeit vom 20.-28.05.2025 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/die Patient: in:	
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.-neurologische 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 _____	
* <b>Zutreffendes bitte ankreuzen</b>	

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



Nach dieser Vorlage können Sie einen Antrag schreiben.

## Antrag auf Betreuungsleistungen

*Hiermit beantrage ich einen Entlastungsbetrag von 770,- 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.*

**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 e.V. ab.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
bzw. Vertreter: in

**„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. **Diese Leistung ist eine Kann-Leistung nach §64i und §66 SGB XII und muss individuell beim zuständigen Sozialamt entschieden werden.**

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).