Anmeldung

Anmelde-Schluss: 31.03.2022

Name	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	Mobil

Ich habe den Pflegegrad: (bitte ankreuzen)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ keinen Pflegegrad

☐ **Ich habe einen Schwerbehindertenausweis**

Ich habe folgende Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis:

Bitte ankreuzen	**zur** OBA-Veranstaltung	**nach** der OBA-Veranstaltung
Ich werde von meinen Eltern/Betreuern gebracht und/oder geholt		
Ich fahre/laufe selbstständig		
Ich werde vom Behinderten-Fahrdienst (Taxi) gefahren		

Ich melde mich verbindlich für folgende Programm-Punkte an:

Hier Nummern der Programm-Punkte eintragen (z. B. K-2003 für Fitness)

Anmeldung Freizeit-Assistenz

Hier können Sie eigene Wünsche für Ihre Freizeit eintragen. Sie können allein oder mit Freunden unterwegs sein. Wir vermitteln Ihnen eine Freizeit-Assistenz.

Wünsche für die eigene Freizeit	Datum	Personenzahl	Einzel-Assistenz
			☐ JA ☐ NEIN
			☐ JA ☐ NEIN
			☐ JA ☐ NEIN

Ich wünsche eine Beratung für die Freizeitassistenz: ☐ JA ☐ NEIN

Bitte kreuzen Sie an:

☐ Ich bin gegen Covid-19 geimpft

Anzahl der Impfungen: _____ Datum der letzten Impfung: _____

☐ Ich bin genesen (Nachweis liegt vor), Datum des positiven PCR-Tests: _____

Bitte schicken Sie uns mit der Anmeldung freiwillig Ihren Impf- oder Genesungsnachweis in Kopie zu. (Dies gilt nicht für Bewohner/-innen der Wohneinrichtungen der Lebenshilfe)

Sie können uns die Kopie per E-Mail (oba@lebenshilfe-herzogenaurach.de)
oder Post zukommen lassen.
Oder Sie zeigen uns den Nachweis persönlich bei den Offenen Hilfen.
Bitte rufen Sie vorher an: Tel. 09132 – 78 10 - 184.

Infos über mich

Ich habe **Epilepsie, Allergien, Lebensmittel-Unverträglichkeit, Diabetes**, etc.
Wenn ja, welche Erkrankung? _____

NEIN JA

Ich muss ein **Bedarfs-/Notfall-Medikament** während einer Veranstaltung nehmen:
Wenn ja, bitte Formular „Medikamentengabe" ausfüllen (wird zugeschickt)

Wenn ja, bei welcher/n Veranstaltung/en? _____

NEIN JA

Ich **sitze im Rollstuhl**

NEIN JA

Ich **benötige Einzel-Assistenz** (Wird zum FZA-Stundensatz abgerechnet)

NEIN JA

Ich benötige folgende **Unterstützung und/oder Hilfsmittel**:

_____

Ich kann einen **Mund-Nasen-Schutz tragen**
Falls nein, muss ein ärztliches Attest vorgelegt werden.

NEIN JA

Ich habe eine **Berechtigung für den Behinderten-Fahr-Dienst**

NEIN JA

Fotoveröffentlichung:
Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Offenen Hilfen Fotos, auf denen der/die Teilnehmer/in zu sehen ist, zu Zwecken der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Homepage, etc.) verwenden darf.

NEIN JA

Die Teilnahme-Bedingungen habe ich gelesen und erkenne diese mit meiner Unterschrift an.

_____

Datum rechtsverbindliche Unterschrift