



Ferienprogramm Ostern 2012

2. Woche

Name Teilnehmer: _____ Geburtsdatum: _____
Name Erziehungsberechtigter: _____
Straße, Ort: _____
Telefon: _____ Handy: _____
Email: _____
Schwerbehindertenausweis? Ja Nein % Merkzeichen: _____

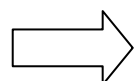
Bitte kreuzen Sie hier jeweils nur eine Veranstaltung pro Tag aus dem Programmheft an.

Tag	Veranstaltung	Bitte ankreuzen	Einzelbetreuung
Dienstag, 10.04.	Lippiland, Lemgo	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Mittwoch, 11.04.	Erlebnisführung, Paderborn	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Donnerstag, 12.04.	Aqualip, Detmold	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Freitag, 13.04.	Eishalle, Paderborn	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Sollten sie unsicher sein, ob Ihr Sohn / Ihre Tochter eine Einzelbetreuung benötigt, berät das Team der Lebenshilfe Sie natürlich gerne.

Zur Hilfe: Rollstuhlfahrer, Teilnehmer mit Weglauftendenz, Teilnehmer mit Wahrnehmungsstörungen (insbesondere Gefahren), Teilnehmer bis einschl. 9 Jahren etc. benötigen generell eine Einzelbetreuung.

Zudem behält die Lebenshilfe Kreisverband Paderborn e.V. - als Veranstalter - sich vor, nach Rücksprache mit den Erziehungsberechtigten, ggf. auch während des Programms eine Einzelbetreuung zu installieren.



Die Betreuungseinheiten werden gesondert berechnet.

Dazu möchte ich folgende Verrechnungsart nutzen:

- Eingliederungshilfe Freizeit (EF) Selbstzahler (SZ)
- Verhinderungspflege (VP) zusätzliche Betreuungsleistung (ZB)

bei Abrechnung VP oder ZB: falls noch kein Antrag gestellt worden ist oder die entsprechenden Daten der Pflegekasse bei der Lebenshilfe nicht vorliegen, bitte hier angeben. Danke.

Name Pflegekasse

Versicherungs-Nr.

Als Betreuungsteam sollten Sie darauf achten, dass mein/e Sohn/Tochter:

- in Bewegungsabläufen eingeschränkt ist
- sehbehindert ist
- Hilfe beim Toilettengang benötigt
- nicht sprechen kann
- Weglauftendenz besitzt
- im Rollstuhl sitzt
- hörbehindert ist
- gewickelt werden muss
- Kontaktschwierigkeiten hat
- Gefahren nicht richtig einschätzen kann

folgende Nahrungsmittel **nicht** verträgt: _____

Mein/e Sohn/Tochter braucht während der Veranstaltung Medikamente
(Bitte mit der Lebenshilfe in Verbindung setzen)

Bei meinem/r Sohn/Tochter ist es schon mal zu epileptischen Anfällen gekommen

- nein
- einmal (wann?)
- mehrmals (bitte mit der Lebenshilfe in Verbindung setzen)

Mein/e Sohn/Tochter kann schwimmen :

- ja
- nein Hilfsmittel: _____

Weitere Mitteilungen: _____

An den betreffenden Tagen bin ich _____

(Name des Erziehungsberechtigten)

telefonisch zu erreichen unter: _____

Ich bin mit der Veröffentlichung von Fotos einverstanden: ja nein

Wir sind an einer Mitfahrgelegenheit interessiert: ja nein

Wir könnten eine Mitfahrgelegenheit anbieten: ja nein
(Sofern „ja“ angekreuzt wurde, erklären Sie sich mit der Weitergabe Ihrer Kontaktdaten einverstanden)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die o.g. Angaben:

Datum: _____

Unterschrift _____

