



# Ferienprogramm Sommer 2012

## 2. Woche

Name Teilnehmer/in: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Straße, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis? *Ja*  *Nein*  % Merkzeichen: \_\_\_\_\_

*Bitte kreuzen Sie hier jeweils nur eine Veranstaltung pro Tag an. – Danke.*

Tag	Veranstaltung	Bitte ankreuzen	Einzelbe- treuung	Veranstaltung	Bitte ankreuzen	Einzelbe- treuung
<b>Montag, 16.07.</b>	Westfalenpark, Dortmund	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	„Ishara“, Bielefeld	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>Dienstag, 17.07.</b>	Forschertag, Rietberg	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Feuerwehr, Sande	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>Mittwoch, 18.07.</b>	Westfalenpark, Dortmund	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	„Ishara“, Bielefeld	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>Donnerstag, 19.07.</b>	Forschertag, Rietberg	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Seglingshof, Ostenland	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>Freitag, 20.07.</b>	Kanu-Tag, Delbrück - Heddinghausen				<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       im Rollstuhl sitzt       \_\_\_\_\_
- sehbehindert ist       hörbehindert ist
- Hilfe beim Toilettengang benötigt       gewickelt werden muss       \_\_\_\_\_
- nicht sprechen kann       Kontaktschwierigkeiten hat
- Weglauftendenz besitzt       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 \_\_\_\_\_

