



## Anmelde- und Beschreibungsbogen Inklusive Ferienbetreuung - 2021

**Vor- und Nachname:**

**Geb.-Datum:**

Wir bitten Sie um eine ausführliche und vollständige Beantwortung der Fragen, damit die Mitarbeiter sich so gut wie möglich auf die gemeinsame Zeit einstellen können!

### 1. Anmeldung für die Ferienbetreuung

<b>Osterferien:</b> <input type="checkbox"/> (1. Woche) 29.03. – 02.04.2021	<input type="checkbox"/> (2. Woche) 05.04. – 09.04.2021
<b>Pfingstferien:</b> <input type="checkbox"/> (1. Woche) 25.05. – 28.05.2021	<input type="checkbox"/> (2. Woche) 31.05. – 04.06.2021
<b>Sommerferien:</b> <input type="checkbox"/> (1. Woche) 02.08. – 06.08.2021	<input type="checkbox"/> (2. Woche) 09.08. – 13.08.2021
<input type="checkbox"/> (3. Woche) 16.08. – 20.08.2021	<input type="checkbox"/> (4. Woche) 23.08. – 27.08.2021

### 2. Wo lebt der/die Teilnehmer/in?

<input type="checkbox"/> Bei den Eltern	<input type="checkbox"/> Bei der Mutter	<input type="checkbox"/> Beim Vater	<input type="checkbox"/> In einer stationären Einrichtung
Name	Mutter:	Vater:	
	Einrichtung:		
Straße, Hausnummer:		PLZ, Wohnort:	
Telefon:		Mobil:	
Email:			
Ist ein Elternteil des Kindes berufstätig bei den folgenden Firmen? <input type="checkbox"/> Ja, bei:			<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Audi (Stamm-Nr. des Elternteils):	<input type="checkbox"/> IAV		
<input type="checkbox"/> Gebrüder Peters	<input type="checkbox"/> EFS		
<input type="checkbox"/> Media Saturn	<input type="checkbox"/> ASTech		
<input type="checkbox"/> Airbus D&S			

### 3. Schulbesuch

Schulart und Jahrgangsstufe?
------------------------------

### 4. Behinderung und Kranken- und Pflegekasse

Art der Behinderung (falls vorhanden):		
Name der Krankenkasse:		Adresse:
Bei den Eltern mitversichert: <input type="checkbox"/> beim Vater <input type="checkbox"/> bei der Mutter		
Versicherten-Nr. des Kindes:	Status:	Gültigkeit:

### 5. Pflegegrad (Auszufüllen nur bei Kindern- und Jugendlichen mit Behinderung)

Pflegegrad:		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> nicht beantragt <input type="checkbox"/> Antrag abgelehnt
<input type="checkbox"/> keine Einstufung, weil:		
Genehmigung für Zusätzliche Betreuungsleistungen liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja, 125 €/Monat	<input type="checkbox"/> nein
Genehmigung für Verhinderungspflege liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sollen die Kosten abgerechnet werden über	<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> zusätzl. Betreuungsleistungen	
Soll die Rechnung geschickt werden an:	<input type="checkbox"/> Sie persönlich	<input type="checkbox"/> Ihre Pflegekasse
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	GdB::    Merkzeichen:

6. Was würde er/sie gerne im Rahmen des Inklusionsprojekts „All together now“ unternehmen?			
<input type="checkbox"/> Musizieren und Singen	<input type="checkbox"/> Kochen		
<input type="checkbox"/> Spiele im Freien	<input type="checkbox"/> Entspannen		
<input type="checkbox"/> Basteln/Werken	<input type="checkbox"/> Schwimmen		
<input type="checkbox"/> Spaziergänge / Wandern			
Sonstiges:			
Was macht er/sie ungern?			
7. Persönlichkeit des Kindes			
<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> schüchtern	<input type="checkbox"/> kontaktfreudig	<input type="checkbox"/> häufig schlecht gelaunt
<input type="checkbox"/> lebhaft	<input type="checkbox"/> still	<input type="checkbox"/> oft zu Spaßern aufgelegt	<input type="checkbox"/> reizbar
<input type="checkbox"/> fremdaggressiv	<input type="checkbox"/> autoaggressiv	<input type="checkbox"/> braucht Rückzugsmöglichkeiten:	
Wann? _____		Wann? _____	
		Wie?: _____	
Andere Charakterzüge:			
Wovor hat er/sie Angst?			

8. Fähigkeiten und Verhalten des Kindes	
Er/sie kann	
<input type="checkbox"/> frei Baden im Schwimmerbecken	
<input type="checkbox"/> mit Schwimmhilfen baden im Schwimmerbecken	
<input type="checkbox"/> nur Baden im Nichtschwimmerbecken	
Er/sie kann <b>nicht</b>	<b>Er/sie benötigt</b>
<input type="checkbox"/> laufen	<input type="checkbox"/> Gehhilfe, in Form von: _____
<input type="checkbox"/> Treppen steigen	<input type="checkbox"/> mechanischen Rollstuhl und kann selbst fahren ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> stehen	<input type="checkbox"/> Elektro-Rollstuhl (für Ausflüge bitte auch Schiebe-Rollstuhl mitbringen!)
<input type="checkbox"/> sitzen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Er/sie braucht Unterstützung bei (bitte genauere Beschreibung):	
<input type="checkbox"/>	<b>Toilette:</b> Einnässen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wie häufig: Einkoten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wie häufig: <input type="checkbox"/> Meldet sich nicht von selbst. <input type="checkbox"/> Muss gesetzt werden <input type="checkbox"/> Muss erinnert werden und geht dann selbst
<input type="checkbox"/>	<b>Essen:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Trinken:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Waschen/Baden:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>An- und Ausziehen:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Geldverwaltung:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges:</b>

<b>Könnte es vorkommen, dass er/sie</b>	
<input type="checkbox"/> sich von der Gruppe entfernt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn
<input type="checkbox"/> sich fremden Menschen anschließt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn:

9. Mitteilungsfähigkeit / Kommunikation	
Er/sie teilt sich mit durch:	Sprache <input type="checkbox"/> durch Gestik/Mimik <input type="checkbox"/>
Nähere Beschreibung:	





## Anmelde- und Beschreibungsbogen Inklusive Ferienbetreuung - 2021

<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>ja – welche? (Bitte genaue Beschreibung der Krankheit und Umgangsvorschriften angeben!)</i>
Hat er/sie <b>Allergien</b> ?	
<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>ja Welche? Wie müssen diese behandelt werden? (z.B. bei Pollenallergie Spray zur Milderung notwendig.)</i>
Nimmt er/sie regelmäßig <b>Medikamente</b> ?	
<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>ja – welche? (Bitte <b>Dosierung und Beschreibung</b> auf dem „Medikamentenverzeichnis“ vor Beginn der Ferienbetreuung eintragen und zusammen mit den <b>Medikamentenbeipackzetteln</b> mitbringen! Die Medikamente müssen täglich in <b>Dosierbox</b> vorbereitet mitgegeben werden!)</i>

<b>Sonstiges, das sie uns noch mitteilen möchten:</b>

<b>Wer ist in medizinischen Notfällen zu benachrichtigen?</b> Name:  Anschrift:  Telefon:	Wir sind damit einverstanden, dass im Falle medizinischer Notwendigkeit die Einweisung in ein Krankenhaus ohne gesonderte Rücksprache erfolgt. Wir geben hiermit unsere Einwilligung für ärztlicherseits zwingend erforderlich gehaltene Maßnahmen und Eingriffe.
Eigene Unterschrift bzw. der Eltern bzw. des gesetzlichen Betreuers für die Erlaubnis der ärztlichen Behandlung:	_____

Bitte legen Sie ein **aktuelles Foto** bei, damit sich die Mitarbeiter in der Vorbesprechung ein Bild von ihrem Kind machen können! *(Hat ihr Kind bereits letztes Jahr in der Ferienbetreuung mitgemacht, ist kein neues Foto notwendig.)*  
Die Aufnahme stammt aus dem Jahre: \_\_\_\_\_



## Anmelde- und Beschreibungsbogen Inklusive Ferienbetreuung - 2021

### Einverständniserklärungen

Mit der Teilnahme unseres Kindes am Inklusionsprojekt „All together now“ erklären wir, die Sorgeberechtigten, uns grundsätzlich damit einverstanden, dass **Fotos von unserem Kind**, die im Rahmen des Ferienprogramms entstehen, für Veröffentlichungen des Hollerhauses bzw. für die Berichterstattung (Print- und elektronische Medien) verwendet werden dürfen. Ein Widerruf ist schriftlich an das Hollerhaus an unten angegebene Adresse zu richten.

#### Information zum Datenschutz:

Die personenbezogenen Daten auf dem Anmeldeformular werden zum Zweck der Durchführung der Ferienbetreuung im Rahmen der Betreuung erhoben und verarbeitet. Die Daten werden ab sofort gespeichert und gelöscht nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, bzw. wird die Verarbeitung eingeschränkt, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen.

Die personenbezogene Daten werden zum Zwecke der Abrechnung des Zuschusses über das Firmensponsoring in den Oster- und Pfingstferien an das Familienbüro Ingolstadt und über diese ggf. an den Arbeitgeber – sofern dieser einer der Sponsor Firmen ist – weitergeleitet.

Des Weiteren werden personenbezogene Daten zum Zwecke der Abrechnung der Zuschüsse für die Stadtranderholung in den Sommerferien von Ingolstädter Kindern an das Amt für Jugend und Familie der Stadt Ingolstadt weitergegeben.

Sie haben als betroffene Person das Recht Auskunft über die Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 15 DSGVO), die Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO), die Löschung der Daten (Art. 17 DSGVO) und die Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) zu verlangen, sofern die rechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Sie können verlangen, die bereitgestellten personenbezogenen Daten gem. Art. 20 DSGVO zu erhalten oder zu übermitteln. Sie können nach Art. 21 DSGVO Widerspruch einlegen. Die Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit widerrufen. Sie sind nicht verpflichtet, die zum oben genannten Zweck erforderlichen personenbezogenen Daten bereitzustellen. Sind Sie damit nicht einverstanden, kann eine Anmeldung nicht entgegengenommen werden und das Kind kann nicht an der Ferienbetreuung teilnehmen.

Unser Datenschutzbeauftragte, Alexander Bugl, 93055 Regensburg, kontakt(at)buglkollegen.de

**Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Informationen dieses Anmeldebogens zur Kenntnis genommen haben und Sie anerkennen. Mit Ihrer Unterschrift melden Sie Ihr oben genanntes Kind verbindlich für den in Punkt 1 genannten Zeitraum für die Ferienbetreuung, durchgeführt durch das Hollerhaus an.**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum Unterschrift aller Sorgeberechtigten\* bzw. des/r gesetzlichen Erziehungsberechtigten**

\*wenn nur ein Elternteil unterschreibt, wird davon ausgegangen, dass der andere Elternteil informiert und mit der Anmeldung einverstanden ist.

#### **Kontakt:**

Hollerhaus, Verein für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.

Offene Hilfen

Medi-IN Park (3. OG), Am Westpark 1, 85057 Ingolstadt

Telefon: 0841/138049 - 400

E-Mail: [offenehilfen@hollerhaus-in.de](mailto:offenehilfen@hollerhaus-in.de)