

Name, Vorname (Teilnehmer/in)						
Geburtsdatum						
Straße, Hausnummer						
Postleitzahl, Ort						
E-Mail						
Telefon						
Handy						
Postverteiler (zutreffendes bitte ankreuzen und Gruppe/Klasse darunter angeben)	<input type="checkbox"/> Werkstatt	<input type="checkbox"/> Franziskus-Schule			<input type="checkbox"/> HPT	
	_____	_____			_____	
Rechtliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nein		
	Name	_____				
	Adresse	_____				
	Telefon	_____				
	E-Mail	_____				
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		_____ % GdB	_____ Merkzeichen	
Abrechnungsart	<input type="checkbox"/> Selbstzahler		<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege		<input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag	
Rechnung an	<input type="checkbox"/> Teilnehmer/in			<input type="checkbox"/> Rechtliche Betreuung/ Sorgeberechtigte Person		
Mobilität	<input type="checkbox"/> Mobilitätshilfe (Taxischein) vorhanden			<input type="checkbox"/> Wertmarke für den öffentlichen Personenverkehr vorhanden		
Art der Behinderung	<input type="checkbox"/> Chronische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung		<input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung		<input type="checkbox"/> Seelische Behinderung
	<input type="checkbox"/> Sinnes- behinderung	<input type="checkbox"/> Mehrfach behindert		<input type="checkbox"/> Autismus		<input type="checkbox"/> Sonstige Behinderung
Anfallsleiden/ Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nein		

Müssen während der Betreuung Medikamente eingenommen werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Bitte Medikamentationsplan in Kopie mitsenden	<input type="checkbox"/> Nein
Ich benötige folgende Hilfsmittel		
Hier möchte ich Unterstützung haben (z.B. gehen, bezahlen, Treppen steigen, lesen, essen, Toilettengang)		
Das mag ich gerne		
Das mag ich überhaupt nicht		
Was ich sonst noch mitteilen möchte		

---

Datum / Unterschrift (Teilnehmer/in)

---

Datum / Unterschrift (Rechtliche Betreuung / Sorgeberechtigte Person)

→ bitte Betreuerausweis in Kopie mitsenden

## **Informationspflicht zur Datenerhebung:**

Mit der Anmeldung erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre personenbezogenen Daten (Anschrift, Telefon- bzw. Mobilfunknummer, E-Mail-Adresse, behinderungsspezifische Angaben) von der Lebenshilfe Neustadt an der Aisch – Bad Windsheim e.V. gespeichert und nach rechtlichen Vorgaben im Rahmen der Durchführung des Freizeit- und Bildungsprogramms der Offenen Hilfen verarbeitet und übermittelt werden. Es werden nur persönliche Daten erhoben, die zur Sicherstellung der vereinbarten Leistungen erforderlich sind. Wenn Sie uns notwendige Informationen nicht mitteilen, kann die gewünschte Leistung eventuell nicht durchgeführt werden. Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, welche Daten über Sie bei uns gespeichert sind und zu welchem Zweck diese Speicherung erfolgt. Darüber hinaus können Sie unrichtige Daten berichtigen oder solche Daten löschen lassen, deren Speicherung unzulässig oder nicht mehr erforderlich ist. Sie haben das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie auf Widerspruch erteilter Einwilligung. Außerdem haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde über die stattfindende Datenverarbeitung zu beschweren. Für uns ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA [www.lida.bayern.de](http://www.lida.bayern.de)) zuständig. Bei Unklarheiten können Sie sich jederzeit an unsere Datenschutzbeauftragte unter [datenschutz@lebenshilfe-badwindsheim.de](mailto:datenschutz@lebenshilfe-badwindsheim.de) wenden.

*Info: Mit der Anmeldung erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an und erklären sich mit unserer Datenschutzverordnung*

[https://www.lebenshilfe-badwindsheim.de/fileadmin/dokumente/Formulare\\_OH/Informationspflicht-OH.pdf](https://www.lebenshilfe-badwindsheim.de/fileadmin/dokumente/Formulare_OH/Informationspflicht-OH.pdf)

*einverstanden.*

## - Anmeldung -

Bitte zusammen mit dem Anmeldeformular zurückgeben!

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Ich möchte an folgenden Angeboten teilnehmen:

Kurse:

- Erste Hilfe FreshUp Kurs
- Kegeln A
- Kegeln B
- Spaziergruppe
- Ideenwerkstatt Gelbes Heft
- Kochkurs
- Töpfern
- Fantasiereise mit Nala
- Kreativ-Workshop
- Chor & Adventssingen im Stadion
- Nikoläuse herstellen

Ausflüge:

- Tierpark Sommerhausen
- Der Schatz von Khazana
- Baumwipfelpfad und Steigerwald-Zentrum
- Ausflug nach Bamberg *Ein- und Ausstieg* \_\_\_\_\_
- Halloweenparty
- Schwarzlichtfabrik in Würzburg
- Weihnachtsmarkt Gut Wolfgangshof
- Weltweihnachtscircus Stuttgart

Urlaubsreise:

Ich habe Interesse an einer Urlaubsreise mit den Offenen Hilfen und möchte weitere

Infos zugeschickt bekommen:  Ja  Nein