

Der Familienunterstützende Dienst des Caritasverbandes WM-SOG unterstützt, begleitet und betreut Menschen mit Behinderung aller Altersstufen. Um diese Tätigkeiten gut und für alle Beteiligten zufriedenstellend durchführen zu können, sind wir und unsere Mitarbeiter:innen vor Ort auf Ihre Informationen angewiesen.

Familienunterstützender Dienst
Schmiedstr. 15
82362 Weilheim
Telefon (0881) 90 95 90 - 21
Telefax (0881) 90 95 90 - 20
e-mail: oba@caritas-wm-sog.de

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bitte Foto beifügen

Name			
Anschrift			
Telefon, Handy			
E-Mail, Fax			
Geburtsdatum		Familienstand	
Schule bzw. Beruf			
Ansprechpartner:in	Beziehung:	Gesetzl. Betreuer:in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name			
Anschrift			
Telefon, Handy			
Fax, E-Mail			
Wichtige Notfallkontakte			
Name			
Anschrift			
Telefon, Handy			
Fax, E-Mail			
Art der Behinderung, medizinische Diagnose			
Bitte die Art der Behinderung beschreiben			
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 seit _____		
Mögliche Abrechnungsarten Bitte vorhandene Kontingente mit angeben	<input type="checkbox"/> gesetzliche Pflegekasse <input type="checkbox"/> private Pflegekasse <input type="checkbox"/> sonstiges: (Beihilfe, BG etc. _____) <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag (125 € monatlich) <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege (1612 € jährlich) <input type="checkbox"/> Selbstzahler		
Behindertenausweis Ist ein Behindertenausweis vorhanden? Wenn ja, bitte Daten übertragen!	Ausweis vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gültig bis	Grad der Behinderung (GdB)
Merkzeichen <input type="checkbox"/> B (auf Vorderseite)	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Bl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Wertmarke vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<p>Körperl. Entwicklung</p> <p>Kurze Beschreibung der körperlichen Verfassung</p> <p>Mobilität Besteht eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit? Wenn ja, bitte beschreiben!</p> <p>Wahrnehmung Sind alle Sinne normal entwickelt? Ist ein normales Schmerzempfinden vorhanden?</p> <p>Kommunikation Kann über Sprache oder andere Formen aktiv und passiv kommuniziert werden? Falls nein, wie ist Verständigung möglich?</p>	<p><input type="checkbox"/> normal entwickelt <input type="checkbox"/> eingeschränkt</p> <p><input type="checkbox"/> normal entwickelt <input type="checkbox"/> eingeschränkt</p> <p><input type="checkbox"/> normal entwickelt <input type="checkbox"/> eingeschränkt</p>
<p>Epilepsie Liegt ein Anfallsleiden vor?</p> <p>Art der Epilepsie Kurze Beschreibung eines Anfalls</p> <p>Zurzeit Anfälle?</p> <p>Häufigkeit der Anfälle Wie oft treten Anfälle auf?</p> <p>Maßnahmen beim Anfall Sind best. Maßnahmen oder zusätzliche Medikamente nötig?</p> <p>Gibt es bekannte Anfallsauslöser? Wenn ja, welche?</p> <p>entsprechende Vorbeugungsmaßnahmen</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Anfallsfrei seit _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein,</p>
<p>Weitere Krankheiten Bestehen zurzeit zusätzliche Erkrankungen? Wenn ja, welche?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht relevant für eine Betreuung <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Ansteckende Krankheiten Bestehen zurzeit Krankheiten, durch die andere Menschen infiziert werden können? Wenn ja, welche?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Allergien Bestehen Allergien auf bestimmte Stoffe oder dürfen best. Speisen nicht verzehrt werden</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht relevant für eine Betreuung <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Medikamente</p> <p>Bekommt die/der Betreute Medikamente?</p> <p>Für die Betreuung relevante Informationen</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wird selbst eingenommen</p> <p>Und zwar:</p>
<p>Medikamentenvereinbarung</p>	<p>Ist die Gabe von Medikamenten durch die FUD-Kraft erforderlich?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Hilfsmittel</p> <p>Welche Hilfsmittel werden benötigt? Evtl. deren Anwendung beschreiben.</p>	<p><input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> Einlagen / Windeln</p> <p><input type="checkbox"/></p>

Geistige Entwicklung Kurze Beschreibung des geistigen Entwicklungsstandes, wenn für die Betreuung relevant.	<input type="checkbox"/> normal entwickelt <input type="checkbox"/> eingeschränkt	
Umgang mit Gefahren Kann die/der Betreute Gefahren erkennen und bewältigen?		
Orientierung Wie kann sich die/der Betreute in Raum und Zeit orientieren?		
Seelische und emotionelle Situation Relevante Punkte für eine Betreuung: In welcher seelischen Verfassung befindet sich die/der Betreute?		
Gefährdung Besteht die Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fähigkeiten Relevante Punkte für eine Betreuung: Welche Fähigkeiten sind vorhanden? Was kann und soll die zu betreuende Person selbständig machen? (um z.B. Unselbständigkeit aus Bequemlichkeit zu verhindern):		
Unterstützung Bei welchen Aktivitäten wird Unterstützung benötigt? Bitte kurz beschreiben!	<input type="checkbox"/> Essen / Trinken	
	<input type="checkbox"/> Waschen / Baden	
	<input type="checkbox"/> Ausscheidung / Toilettenbesuch	
	<input type="checkbox"/> Ankleiden	
	<input type="checkbox"/> Benutzen der Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/>		
Lieblingsbeschäftigungen Womit beschäftigt sich die/der Betreute gerne?		
Tagesablauf Relevante Punkte für eine Betreuung Eckdaten von Kindergarten, Schule, Arbeit etc.		
Biografie Relevante Punkte für eine Betreuung		
erlaubt – verboten Was darf die/der Betreute (nicht) tun?		
Alkohol Sind alkoholische Getränke in begrenztem Rahmen erlaubt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art/Menge?	Rauchen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist der Genuss von Tabak erlaubt? Art/Menge?

Erwartungen/ Aufgaben Welche Aufgaben sollen vom FUD durchgeführt werden? Welche Interessen Vorlieben, Freizeitbeschäftigung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Gewünschter Betreuungsbedarf: An welchen Wochentagen? Zu welcher Tageszeit? Häufigkeit / Dauer	Mo – Fr	Sa/So	Ferien/Urlaubszeit
Besondere Anforderungen an Betreuer:in:			
Weitere Hinweise			
Aufnahme in die Verteiler der Offenen Behindertenarbeit (OBA) Zutreffendes bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> OBA-Newsletter (nur per E-Mail, ca. 1x pro Monat) * In unserem Newsletter greifen wir interessante Themen für Menschen mit Behinderung auf. Wir berichten über aktuelle Entwicklungen und Trends und geben unseren Klient*innen, Ehrenamtlichen und Angehörigen nützliche Hinweise und Tipps.		
	<input type="checkbox"/> OBA Programmheft (1x pro Jahr) <input type="checkbox"/> per Email * <input type="checkbox"/> per Post		
Wünschen Sie Einladungen für Veranstaltungen? Unsere Angebote richten sich an Menschen mit Behinderungen. Einladungen werden Ihnen dann jeweils geschickt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Falls ja:</i> Zusendung bitte <input type="checkbox"/> per Email * <input type="checkbox"/> per Post Barrierefreiheit erforderlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

* Bitte auf der 1. Seite Emailadresse eintragen

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben	X
	Unterschrift Teilnehmer*in bzw. gesetzliche Vertretung
Einwilligungserklärung Datenschutz:	
Hiermit willige ich ein, dass die oben aufgeführten personenbezogenen Daten vom Caritasverband für den Landkreis Weilheim-Schongau e.V. erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Nachteile widerrufen kann. Vom Caritasverband für den Landkreis Weilheim-Schongau e.V. wurde mir versichert, dass meine datenschutzrechtlichen Belange ohne Einschränkungen gewährleistet werden und keine unbefugte Übermittlung meiner Daten an Dritte erfolgt. Die Bestimmungen zum Datenschutz (nachzulesen unter www.caritas-wm-sog.de/datenschutz) habe ich zur Kenntnis genommen.	
Datum:	X
	Unterschrift Teilnehmer*in bzw. gesetzliche Vertretung



**Caritasverband
für den Landkreis Weilheim-Schongau e.V.**

**Familienunterstützender Dienst
- unsere Konditionen**

Stand 29.09.2020

Einzelbetreuungen:

➤ **21,00 €** pro geleistete Stunde inkl. Fahrtkosten für An- und Abreise

Abrechnungsmöglichkeiten

§ 45b SGB XI: Entlastungsbetrag:

Pflegebedürftige Personen (Pflegegrad 1 – 5) in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu **125,00 €**.

Diese Gelder werden monatlich und nicht jährlich bereit gestellt. Dieses Budget kann dann in dem betreffenden Monat abgerufen werden. Sollten Sie Ihr monatliches Budget aus zeitlichen Gründen nicht ausschöpfen können, so können die restlichen Stunden auch in den Folgemonaten erbracht werden. Gelder, die am Jahresende nicht aufgebraucht wurden, können in der Regel **bis Ende Juni des Folgejahres** verbraucht werden.

Beispiel Einzelbetreuungen:

Bei einem Budget von 125,00 € können Sie **monatlich 5,95 Stunden** in Anspruch nehmen. Wir empfehlen mit 5,5 Stunden zu kalkulieren.

§39 SGB XI: Verhinderungspflege:

Für pflegebedürftige Personen (Pflegegrad 2-5) die bereits mind. sechs Monate in häuslicher Umgebung gepflegt werden.

Ihnen stehen jährlich **1.612,00 €** zur Verfügung. Sollten diese Gelder nicht aufgebraucht werden, verfallen diese zum **31.12. jeden Jahres**.

Beispiel Einzelbetreuungen:

Bei einem Budget von 1.612,00 € können Sie **im Jahr 76,76 Stunden** (durchschnittlich im Monat 6,39 Stunden) in Anspruch nehmen. Wir empfehlen mit 76,5 Stunden zu kalkulieren.

Erhöhung des Verhinderungspflegebudgets:

Sollten Sie das Budget der **Kurzzeitpflege nach §42 SGB XI** nicht ausschöpfen, ist eine Erhöhung des Verhinderungspflegebudget um **max. 806,00 €** auf maximal **2.418,00 €** möglich. Sollten diese Gelder nicht aufgebraucht werden, verfallen diese zum **31.12. jeden Jahres**.