

Allgemeine Informationen

Anmelde- und Teilnahmebedingungen

- Die Anmeldung erfolgt mittels beigefügtem Anmeldebogen bis zur angegebenen Anmeldefrist.
- Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Die Platzvergabe erfolgt nach Eintreffen der schriftlichen Anmeldungen.
- Über die Ausflugskosten erhalten Sie nach Durchführung eine Rechnung. Gerne beraten wir Sie über Zuschussmöglichkeiten.
- Sie erhalten vor jedem Ausflugstermin eine telefonische Anmeldebestätigung. Hierbei klären wir mit Ihnen auch die individuellen Teilnahmebedingungen (Rollstuhl, Medikamentengabe usw.)
- Sofern keine Einzelbetreuung vereinbart wurde (Kostenübernahme durch den Teilnehmer), erfolgt die Teilnahme in eigener Verantwortung.
- Die Offenen Hilfen behalten sich das Recht vor, den Ausflug kurzfristig abzusagen.
- Stornierungen ihrerseits sind bis zu einer Woche vor Ausflugstermin kostenlos möglich. Danach fallen 60 % der Kosten an. Bei Nichterscheinen ohne Abmeldung wird Ihnen die volle Teilnehmergebühr in Rechnung gestellt.

Organisatorisches

- Die Ausflüge werden von einer Durchführungskraft und angeleiteten Hilfskräften betreut.
- Die Abholung von zu Hause kann separat gebucht werden. Die Kosten dafür, in Höhe von 0,65 € / km, sind vom Teilnehmer zu tragen.
- Die Verpflegung ist nicht mit inbegriffen.
- Sofern Sie einen Schwerbehinderten- oder/und Parkausweis besitzen, nehmen Sie diesen bitte mit!

Anmeldebogen für Ausflüge der Offenen Hilfen

Teilnehmer/in

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefonnummer (unbedingt angeben)

Rollstuhlfahrer: ja nein

Medikamente: ja nein

Allergien: ja nein

Falls ja, bitte entsprechendes Formblatt in der Anlage ausfüllen!

Termin	Ziel	Name, Vorname	Besonders:
20.06.2021	Ausflug Gartenschau Ingolstadt		Einzelbetreuung notwendig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Abholung erforderlich ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Adresse:
25.07.2021	Ausflug zum Biergarten Antonius- Schwaige		Einzelbetreuung notwendig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Abholung erforderlich ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Adresse:
04.09.2021	Abendspaziergang Zum Bistro Holler		Einzelbetreuung notwendig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Abholung erforderlich ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Adresse:
10.10.2021	Feuerzauber, Musik und Köstlichkeiten mit Spiel u. Spaß Zeltplatz Baggersee		Einzelbetreuung notwendig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Abholung erforderlich ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Adresse:

Hiermit melde ich mich bzw. den/die oben genannten Teilnehmer/in für die markierten Ausflüge an.
Die Anmelde- und Teilnahmebedingungen habe ich gelesen und stimme diesen zu.

Datum, Unterschrift Teilnehmer ggf. gesetzliche Betreuungsperson

Fotoerlaubnis

Bitte Zutreffendes unterstreichen!

Ich bin **einverstanden / nicht einverstanden**, dass die Teilnehmerin/der Teilnehmer bei den Ausflügen fotografiert wird und die aufgenommenen Fotos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Hollerhauses verwendet werden dürfen (Blickpunkt, Zeitungsartikel, Homepage, Facebook, o.Ä.).

Datum, Unterschrift Teilnehmer ggf. gesetzliche Betreuungsperson

Anmeldebogen für Ausflüge der Offenen Hilfen Anlage Medikamente/Allergien

Teilnehmer/in

(Name, Vorname),

1. Liegen Krankheiten (wie z. B. epileptische Anfälle), bzw. Allergien vor, die während des Ausfluges von unseren Mitarbeitern beachtet bzw. medizinisch behandelt werden müssen? Wenn ja, welche?

2. Wie müssen diese Krankheiten gehandhabt werden? (Was ist zu tun, z. B. bei epileptischen Anfällen, allergischen Reaktionen? Sind Medikamente zu verabreichen? Wenn ja, welche? Wie und wann werden sie verabreicht?)

3. Hiermit erkläre ich _____ (Vorname, Name), als Bezugsperson bzw. gesetzliche(r) Vertreter/in von _____, dass die ehrenamtlichen Mitarbeiter (= keine medizinischen Fachkräfte) des Vereins für körper- und mehr-fachbehinderte Menschen e. V. Ingolstadt, bei Bedarf das vom Arzt _____ (Name, Adresse, Tel.) verordnete Medikament _____ (Name des Medikaments) nach Anweisung des beiliegenden Arztbriefs vom _____ verabreichen dürfen.

Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzl. Betreuungsperson)

Teilnehmer/in

Name, Vorname)

Hiermit erkläre ich,

- dass der von mir für Fahrten in Behindertentransportkraftwagen (Fahrdienste, Hollerhaus-Busse) genutzte Rollstuhl über ein spezielles Rückhaltesystem, den sog. „Kraftknoten“ (DIN 75078-2) verfügt. Ich erkläre ausdrücklich mein **Einverständnis** mit der Beförderung durch Fahrdienste und Behindertentransportkraftwagen des Hollerhauses, Verein für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. Bei der Hollerstaude 17,85049 Ingolstadt.
- dass der von mir genutzte Rollstuhl nicht über ein spezielles Rückhaltesystem, den sog. „Kraftknoten“ verfügt und somit *nicht den geltenden Sicherheitsstandards* (DIN 75078-2) entspricht. Ich weiß, dass die Beförderung diesbezüglich auf meine eigene Gefahr durch die Fahrdienste und Behindertentransportkraftwagen des Hollerhauses durchgeführt wird. Trotz des nicht vorhandenen „Kraftknotens“ an meinem Rollstuhl, erkläre ich ausdrücklich mein **Einverständnis** mit der Beförderung durch Fahrdienste und Behindertentransportkraftwagen des Hollerhauses, Verein für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. Bei der Hollerstaude 17,85049 Ingolstadt.
- dass ich nicht mit dem Rollstuhl befördert werden darf, sondern im Fahrzeug auf den üblichen Insassenplätzen gesichert transportiert werde.

Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzl. Betreuungsperson)

Bitte zurück senden an:

Hollerhaus Ingolstadt, Offene Hilfen, Bei der Hollerstaude 17, 85049 Ingolstadt, Fax 0841/49313-900