

Der Familienunterstützender 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. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Sanny Schwarz
Schmiedstr. 15
82362 Weilheim
Telefon (0881) 90 95 90 - 18
Telefax (0881) 90 95 90 - 20
e-mail: schwarz@caritas-wm-sog.de

Bitte Foto beifügen

Name			
Anschrift			
Telefon, Handy			
Email, Fax			
Geburtsdatum		Familienstand	
Schule bzw. Beruf			
Ansprechpartner	Beziehung:	Gesetzl. Betreuer <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"/> 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"/> 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>

<p>Geistige Entwicklung</p> <p>Kurze Beschreibung des geistigen Entwicklungsstandes</p>	
<p>Umgang mit Gefahren</p> <p>Kann die/der Betreute Gefahren erkennen und bewältigen?</p>	
<p>Orientierung</p> <p>Wie kann sich die/der Betreute in Raum und Zeit orientieren?</p>	
<p>Seelische und emotionelle Situation</p> <p>In welcher seelischen Verfassung befindet sich die/der Betreute?</p>	
<p>Gefährdung</p> <p>Besteht die Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Fähigkeiten</p> <p>Welche Fähigkeiten sind vorhanden?</p> <p>Was kann und soll die zu betreuende Person selbständig machen? (um z.B. Unselbständigkeit aus Bequemlichkeit zu verhindern):</p>	
<p>Unterstützung</p> <p>Bei welchen Aktivitäten wird Unterstützung benötigt? Bitte kurz beschreiben!</p>	<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"/>
<p>Lieblingsbeschäftigungen</p> <p>Womit beschäftigt sich die/der Betreute gerne?</p>	
<p>Tagesablauf</p> <p>Relevante Punkte für eine Betreuung</p> <p>Eckdaten von Kiga/Schule(Arbeit etc.)</p>	
<p>Biografie</p> <p>Relevante Punkte für eine Betreuung</p>	

Gewünschter Betreuungsbedarf: An welchen Wochentagen? Zu welcher Tageszeit? Häufigkeit / Dauer	Mo – Fr	Sa/So	Ferien/Urlaubszeit
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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Besondere Anforderungen an Betreuer/in:			
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 Ist der Genuss von Tabak erlaubt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art/Menge?
Weitere Hinweise			

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben	X Unterschrift Betreuer bzw. gesetzlicher Vertreter
Einwilligungserklärung Datenschutz: Hiermit willige ich ein, dass die oben aufgeführten personenbezogenen Daten vom Caritasverband für den Landkreis Weilheim-Schongau 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 wurde mir versichert, dass meine datenschutzrechtlichen Belange ohne Einschränkungen gewährleistet werden und keine unbefugte Übermittlung meiner Daten an Dritte erfolgt.	
Datum:	Unterschrift: X



Informationen zum Datenschutz für Klienten der Offenen Behindertenarbeit/Familienunterstützender Dienst

Der Caritasverband für den Landkreis Weilheim-Schongau e.V. nimmt den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Mit den folgenden Informationen möchten wir Sie daher über die Art, den Umfang und Zweck der Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten durch unsere Beschäftigten in den jeweiligen Diensten informieren.

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten gelten die Bestimmungen des Gesetzes über den kirchlichen Datenschutz (KDG) sowie die sonstigen anzuwendenden kirchlichen und staatlichen Datenschutzvorschriften.

Hiermit werden Sie darüber informiert, dass wir Ihre persönlichen Daten in automatisierten und nicht automatisierten Dateisystemen verarbeiten, soweit dies im Rahmen einer professionellen Beratung, Begleitung und Unterstützung (z.B. Gruppenangebote, Vermittlung) geboten ist. Insbesondere werden personenbezogene Daten zu Ihrer persönlichen, wirtschaftlichen, gesundheitlichen und psycho-sozialen Situation, Zwecken der Antragsstellung und -bearbeitung und Abrechnung, zur Dokumentation und für gesetzliche und statistische Zwecke verarbeitet. Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie bezieht sich ausdrücklich auch auf besonders sensible Daten wie z.B. Gesundheitsdaten und genetischen Daten.

Wir weisen darauf hin, dass wir Sie, ohne die freiwillige Bereitstellung Ihrer Daten nur eingeschränkt beraten können und keine Tätigkeit gegenüber Dritten erfolgen kann.

Ihre Daten werden im Rahmen der Vorgaben der §§ 6 und 7 KDG sowie nach den Vorgaben der Sozialgesetzbücher verarbeitet. Weiterhin findet eine Datenverarbeitung auf der Grundlage eines berechtigten Interesses (§ 6 Abs.1, lit.g KDG), insbesondere für Zwecke der Abrechnung/Finanzierung statt. Eine Datenübermittlung an nicht-berechtigte Dritte erfolgt - ohne Ihre vorherige, schriftliche Zustimmung - nicht.

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns solange gespeichert, wie es die Zwecke, für die sie verarbeitet wurden, erfordern. Sofern diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt ist und dies uns bekannt wird, werden wir Ihre personenbezogenen Daten datenschutzgerecht löschen, es sei denn, gesetzliche Aufbewahrungsfristen stehen diesem entgegen. In diesem Falle erfolgt - soweit möglich - eine Einschränkung der Verarbeitung (z.B. durch Sperrung) Ihrer personenbezogenen Daten. Eine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling findet nicht statt.

Ihre Rechte (§§ 17-25 KDG):

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über Ihre verarbeiteten Daten, auf Berichtigung, Löschung und die Einschränkung der Verarbeitung, sowie das Recht der Übertragung der Daten an Sie oder einen Dritten. Sie können Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der erfolgten Verarbeitung jedoch nicht berührt. Sie können Ihre Rechte gegenüber dem für die Datenverarbeitung Verantwortlichen und ggf. gegenüber dem Datenschutzbeauftragten geltend machen. Zudem haben Sie das Recht, Beschwerde bei [der zuständigen Aufsichtsbehörde einzulegen](#). [Die Kontaktdaten lauten:](#)

Verantwortlicher: : Caritasverband für den Landkreis Weilheim-Schongau e.V., Schmiedstr.15, 82362 Weilheim i.OB, Tel: 0881-909590-10, Email: info@caritas-wm-soq.de

Betrieblicher Datenschutzbeauftragter: Herr Stefan Frühwald, Leiter Fachbereich Datenschutz, Fronhof 4, 86152 Augsburg, Tel.: [0821 / 3166-8380](tel:082131668380), Mail: datenschutz@bistum-augsburg.de.

Aufsichtsbehörde: [Diözesandatenschutzbeauftragter, Jupp Joachimski, Rochusstraße 5-7, 80333 München](#), Mail: JJoachimski@eomuc.de.



Caritasverband für den Landkreis Weilheim-Schongau e.V.

Familienunterstützender Dienst - unsere Konditionen

Stand: 01.06.2017

Einzelbetreuungen:

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

Tagesausflüge in der Gruppe:

- **12,00 €** pro geleistete Stunde

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**.