

Info-Blatt zur Assistenz durch die Assistenzagentur Bethel

Anfragende Person:	Datum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name:	Geburtsdatum:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vorname:	Name der Einrichtung/Gruppe:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezugsmitarbeiter*in/Ansprechpartner*in:	Telefon:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Für die Betreuung wichtige Informationen - bitte ankreuzen	JA	NEIN
Fremdaggression*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoaggression*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauff Tendenz*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehörlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann sich sprachlich nicht äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(in-) aktive Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Statusgefahr*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
benötigt Hilfestellung beim Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für die Betreuung wichtige Informationen / bitte ankreuzen	JA	NEIN
Liegen andere Mobilitätseinschränkungen vor? Wenn ja, in welcher Form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		
Einsatz v. freiheitsentziehenden / -einschränkenden Maßnahmen (Beschl.erf.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masernschutz vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges / ergänzende Informationen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		

(* bitte unten unbedingt näher erläutern)

Betreuungsdetails:

Einsatzumfang: Stunden pro Tag Woche 14 Tage Monat

Mögliche Einsatzzeiten:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von-bis	von-bis	von-bis	von-bis	von-bis	von-bis	von-bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ergänzende Informationen zu den gewünschten Einsatzzeiten:

(bei einmaligen Einsätzen bitte das gewünschte Datum und der Zeitraum eintragen.)

Hinweise zur Assistenzperson: (hier bitte nur zwingend notwendige Angaben machen, da dies die Mitarbeitendenauswahl stark einschränkt!)

Die Assistentin/ der Assistent muss folgenden Kriterien entsprechen:

männlich	weiblich	divers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jünger	etwa gleich alt	älter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachkraft pädagogisch	Fachkraft pflegerisch	Führerschein unbedingt notwendig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzende Anforderungen:

Für weitere Fragen & Informationen:

Assistenzagentur Bethel
Gadderbaumer Straße 41, 33602 Bielefeld,
Telefon: 0521-144-2832, Email: assistenzagentur@bethel.de

Rechtfertigt die Assistenz einen erhöhten Stundenlohn, aufgrund der besonderen Belastung oder benötigter Qualifikation?

(Besondere Belastung: z.B. regelmäßige Fremdaggression oder provokantes Verhalten, massive Weglauftendenz, permanentes Schreien/ Rufen etc. - Besondere Qualifikation: z.B. DLRG silber für Schwimmbegleitung, Spritzenschein, sozialrechtliche Kenntnisse, therapeutische Kenntnisse etc.)

Ja Nein

Die Rechnung wird beglichen durch:

die Nutzerin/ den Nutzer selbst	Angehörige/ gesetzliche Betreuung für Finanzierungsangelegenheiten <i>(bitte Bestellungsurkunde beifügen)</i>	die Betreuungseinrichtung, Kostenstelle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rechnungsadresse:

ACHTUNG: Wir können keine direkten Leistungen der Pflegekassen (niederschwellige Betreuungsleistungen: Entlastungsbetrag/ zusätzliche Betreuungsleistungen) abrechnen.

Assistenzinhalte:

allgemeine Freizeitgestaltung	gezielte Trainingsmaßnahmen	Fahr- / Transport- / Begleitdienste	Reisebegleitung	Sonstiges
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Anmerkungen, Hinweise, kulturelle und/ oder religiöse Besonderheiten:

Dieses Feld ist von der Bereichsleitung / gesetzlichen Betreuung auszufüllen:

Die Beförderung der zu betreuenden Person muss durch eine zusätzliche Person erfolgen (Fahrerin/ Fahrer plus Zusatz-Begleitperson). Der vorhandene Rollstuhl ist zur Beförderung der zu betreuenden Person zugelassen. Abnehmbare Rollstuhldetails müssen während der Fahrt abmontiert werden. Das Fahrzeug muss eine eigene serienmäßige Kopfstütze vorweisen.

nein ja

Datum, Unterschrift Bereichsleitung/ gesetzliche Betreuung