

**Info-Blatt zur Assistenz durch die Assistenzagentur Bethel**

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

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

<b>Für die Betreuung wichtige Informationen - bitte ankreuzen</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
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**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt Unterstützung beim Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masernschutz vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen Vorstrafen vor? Wenn ja, in welcher Form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		
Sonstiges / ergänzende Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		

(\* bitte unten unbedingt näher erläutern / \*\* richterlicher Beschluss erforderlich)

### 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 den Zeitraum eintragen)

### Hinweise zur Assistenzperson: (hier bitte nur zwingend notwendige Angaben machen, da dies die Assisten\*innen-auswahl 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"/>

### Für weitere Fragen & Informationen:

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

Fachkraft pädagogisch	Fachkraft pflegerisch	Führerschein unbedingt notwendig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzende Anforderungen:

**Rechtfertigt die Assistenz einen erhöhten Stundensatz, 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 den Bereich Finanzen ( <b>bitte Bestellsurkunde beifügen</b> )	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- / Begleitsdienste	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 Person selbst / gesetzlichen Betreuung / Bereichsleitung 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

**Für weitere Fragen & Informationen:**

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