
Erholungsurlaube 2018

für Menschen
mit Behinderungen

volkshilfe.
SALZBURG



LAND
SALZBURG

Erholungsurlaube des Landes Salzburg 2018 für Menschen mit Behinderungen

Das Referat „Behinderung und Inklusion“ des Amtes der Salzburger Landesregierung bietet Erholungsurlaube für Menschen mit Behinderungen an. Erholungsbedürftige Kinder (mit Begleitperson/en) und Erwachsene mit Behinderungen haben die Gelegenheit, an einem Individualurlaub (7 Tage, Termin frei wählbar) oder an einem bestimmten Gruppenurlaub (vierzehntägig) in ausgewählten Gästehäusern im Pinzgau bzw. Pongau teilzunehmen. Die Organisation der Erholungsurlaube erfolgt über die Volkshilfe Salzburg.

Kostenbeiträge

Für Menschen mit Behinderungen werden keine Kostenbeiträge berechnet. Sollte aus medizinischen Gründen hervorgehen, daß eine Begleitperson erforderlich ist, wird auch für diese kein Kostenbeitrag verrechnet. Zusätzlich mitreisende erwachsene Begleitpersonen müssen einen Kostenbeitrag leisten. Für Geschwister von Kindern mit Behinderungen erfolgt keine Verrechnung.

Teilnahmebedingungen

An dieser Erholungsaktion können alle Menschen mit Behinderungen teilnehmen, sofern sie nicht einer ständigen Pflege und Beaufsichtigung bedürfen.

Bevorzugt werden Menschen, die sich wirtschaftlich und sozial in einer besonders belastenden Lebenslage befinden sowie Personen, die noch nie an der Erholungsaktion des Landes Salzburg teilgenommen haben.

Das Anmeldeformular und der Erhebungsbogen (Hausärztin/Hausarzt) sind unbedingt auszufüllen (vor allem ist auch die Medikation der TeilnehmerInnen bzw. allenfalls deren Begleitperson anzugeben).

Nach Einsendung der Anmeldung bzw. nach Ablauf der Anmeldefrist erhalten die AntragstellerInnen eine Zu- bzw. Absage schriftlich zugesandt.

Antragsformulare sind erhältlich:

1. Bei der Volkshilfe Salzburg, beim zuständigen Sozialamt, Jugend- bzw. Gesundheitsamt und Gemeindeamt.
2. In der Abteilung 3 im Amt der Salzburger Landesregierung Fanny-von-Lehnert-Straße 1 Postfach 527, 5010 Salzburg Tel.: 0662 8042-3554

Individualurlaub

(= 7 durchgehende Tage zwischen Mai und Oktober 2018)

Achtung:

Hin- bzw. Rückreise ist selbst zu organisieren und zu finanzieren!

Gasthof Bad HOCHMOOS
Familie Schlechter
St. Martin bei Lofer/Pinzgau
www.hochmoos.at

Die Unterbringung:

Der Gasthof Hochmoos liegt ca. 2,5 km abseits des Ortskernes von St. Martin bei Lofer in idyllischer und ruhiger Lage. Das Haus ist rollstuhlgerecht eingerichtet, verfügt über Lift und Hallenbad. Alle Zimmer sind mit Dusche/WC und Balkon ausgestattet. Die Urlaubstermine können für den Zeitraum von Mai bis Oktober mit der Familie Schlechter individuell besprochen und festgelegt werden.

An/Abreise:

Buslinie 260, Salzburg - Lofer, Abholung von der Bushaltestelle in Lofer nach telefonischer Absprache

Anmeldung und Organisation:

Volkshilfe Salzburg
Innsbrucker Bundesstraße 37
5020 Salzburg

Ansprechpartner:

Herr Michael Preibisch
Telefon: 0662 423939-49
office@volkshilfe-salzburg.at
www.volkshilfe-salzburg.at

Gruppenurlaube

im „Simonyhof“ in Radstadt (Urlaub mit Begleitperson/en)

Achtung:

Hin- bzw. Rückreise erfolgt mit einem organisierten Reisebus bzw. kann auch selbst erfolgen!

Urlaub I

für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und deren Begleitperson/en

Termin:

25.08.2018–07.09.2018
(13 Nächte)

Urlaub II

für Erwachsene mit Behinderungen mit/ohne Begleitperson

Termin:

15.09.2018–28.09.2018
(13 Nächte)

Die Unterbringung:

Nur 20 Gehminuten vom Ortszentrum entfernt liegt inmitten grüner Wiesen das Jugendhotel Simonyhof in Radstadt. Abseits vom Straßenverkehr kann das Jugendhotel mit einem umfangreichen Indoor- und Outdoor-Angebot überzeugen. Eine eigene Sporthalle, 2 Multimedia-Räume, Disco und Chillout-Lounge sind ebenso vorhanden wie ein Fun-Court und ein Beachvolleyballplatz.

Die zentrale Lage des Jugendhotels „Simonyhof“ ist bestens für Ausflüge ins Salzburger Land geeignet. Die ganzjährig geöffnete Therme Amadé liegt nur 5 min. entfernt.

Alle Zimmer sind mit Dusche und WC und teilweise mit Balkon ausgestattet.

Die Gruppenurlaube werden von FreizeitbetreuerInnen begleitet. Eine erziehungsberechtigte Person ist beim Kinderurlaub jedoch unbedingt erforderlich.

Für alle Urlaube endet die Anmeldefrist am 31. Mai 2018!



Antrag auf Erholungsurlaub für Menschen mit Behinderungen

Angaben zum Antragsteller:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

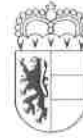
Familiename, Vorname		Versicherungsnummer / Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft
Familiennstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Grad der Behinderung gem. Behindertenpass Pflegegeldstufe
Wohnanschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)		Festnetz-Telefon	Mobiltelefon
Beruf		Erreichbarkeit am Dienstort	
SachwalterIn (Familiennname, Vorname)		Telefon	E-Mail

<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Individualurlaub (mit Selbstanreise) im Gasthof Bad Hochmoos, St. Martin b. Lofer	Terminwunsch / Ersatzterminwunsch
--	-----------------------------------

<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Gruppenurlaub <input type="checkbox"/> Kinder I (im Simonyhof in Radstadt) 25.08.2018 bis 07.09.2018 <input type="checkbox"/> Erwachsene II (im Simonyhof in Radstadt) 15.09.2017 bis 28.09.2018	Gewünschte An- / Rückreise: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> mit Bus / Einsteigewunsch in _____
---	--

Begleitperson/en:

Familiennname, Vorname	Versicherungsnummer / Geburtsdatum	Verhältnis zu AntragstellerIn
Wohnanschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	Erreichbarkeit per Telefon, Handy, Email	
Familiennname, Vorname	Versicherungsnummer / Geburtsdatum	Verhältnis zu AntragstellerIn
Familiennname, Vorname	Versicherungsnummer / Geburtsdatum	Verhältnis zu AntragstellerIn



Erhebungsbogen Erholungsurlaube für Menschen mit Behinderungen

(auszufüllen von der Hausärztin/dem Hausarzt)

Behinderung
Inklusion

Angaben zum Antragsteller:

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Postleitzahl, Ort

1.) Welche Behinderung(en) liegt/liegen vor:

- Körperliche Behinderung(en)
- Kognitive Behinderung(en)
- Sinnesbehinderung(en)
- Psychische Behinderung(en)

2.) Die Beeinträchtigung(en) dauert/dauern mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate:

- ja nein

3.)

Diagnose:

Allgemeiner Gesundheitszustand:

4.) Rollstuhl:

- ja nein

Elektrischer Rollstuhl:

- ja nein

5.) Medikamente:

Einnahme selbständig:

- ja nein

Bitte wenden!

www.salzburg.gv.at

Amt der Salzburger Landesregierung | Abteilung 3 - Soziales

Postfach 527 | 5010 Salzburg | Österreich | Telefon +43 662 8042 0* | post@salzburg.gv.at | DVR 0078182

6.) Allergien:

<input type="checkbox"/> Inhalationsallergie (über das Einatmen, z. B. Pollen, Hausstaubmilben, Schimmelpilze, Tierhaare)
Info: _____
<input type="checkbox"/> Ingestionsallergie (über den Mund, z.B. tierische Eiweiße in Eier oder Milch; Soja, Nüsse, Zitrusfrüchte, Gewürze)
Info: _____
<input type="checkbox"/> Injektionsallergie (durch Einspritzen, z. B. Insektengifte von Wespen oder Bienen)
Info: _____
<input type="checkbox"/> Kontaktallergie (über die Haut, z. B. Tierhaare, Metalle wie Nickel, Latex)
Info: _____
Medikation erforderlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7.) Diät:

--

8.) Impfstatus (Tetanus, FSME, ...)

--

9.) Pflegebedürftigkeit:

Pflegebedürftig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflegeperson erforderlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Personenbezogene Hilfe erforderlich (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Körperpflege	
<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	
<input type="checkbox"/> Begleitung zur Toilette	
<input type="checkbox"/> Hilfestellung für Inkontinenz	
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Einhaltung pflegerischer Anordnungen (Medikamente)	
Begleitperson erforderlich: Info: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leidet die Patientin/ der Patient an übertragbaren Krankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Datum _____

Unterschrift und Stempel der Hausärztin/des Hausarztes _____