

Leben mit Autismus e.V. Bonn | Rhein-Sieg | Eifel



Ansprechpartner

Jana Rick
Jana.rick@lebenmitautismus.de

Geschäftsstelle

Euskirchener Weg 39, 53359
Rheinbach
Tel. 02226 8997922
Fax 02226 8997924
Info@lebenmitautismus.de
www.lebenmitautismus.de

Liebe Interessenten,

wenn Sie Interesse an einem Platz zur Autismustherapie haben füllen Sie bitte die nachfolgenden Unterlagen vollständig aus.

Bitte fügen Sie eine **Kopie** der **aktuellen Diagnose** bei.

Die ausgefüllten Unterlagen können Sie uns per Post (Euskirchener Weg 39, 53359 Rheinbach) oder per Mail (info@lebenmitautismus.de) zukommen lassen.

Sobald alle erforderlichen Unterlagen bei uns angekommen und bearbeitet sind bekommen Sie eine Bestätigung über die Aufnahme auf die Warteliste.

Laut Vorstandsbeschluss von Januar 2017 ist ab Beginn der Therapie eine Vereinsmitgliedschaft erforderlich.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Praxis für Autismustherapie Bonn

Kölnstraße 433,
53117 Bonn
Tel. 0228-96785496
Fax 0228-96785497
Leitung: Angela Sichelschmidt
Autismustherapeutin (VT) IFA/DGVT

Praxis für Autismustherapie Bad Neuenahr-Ahrweiler

Annastr.4,
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Leitung: Kerstin Wagner
Autismustherapeutin (VT) IFA/DGVT
B.A. (Psychologie/Philosophie)
M.A. (Philosophie)
staatl. anerkannte
Heilerziehungspflegerin

Vorstand

Vorsitzender: Peter Schumacher
stellv. Vorsitzende: Andrea
Hupperich

Bankverbindung

Raiffeisenbank
Rheinbach Voreifel e.G.
IBAN DE13370696270342216021
BIC GENODED1RBC

Steuernummer: 222/5741/0648



Anmeldung zur Autismustherapie

Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____



Zurzeit in: (zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

	Name	Ort/Adresse	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Kita:	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Schule/ Schulform:	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ausbildung:	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Studium:	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Werkstatt:	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Beruf:	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	_____	_____	_____

Gibt es bereits eine Integrationsassistenz?

Ja

Nein

Ist ein Vormittagstermin möglich? (kann Wartezeit verkürzen)

Ja

Nein

Platz für Kommentare und Ergänzungen:



Angaben zur Familie

	Mutter	Vater	Bei Bedarf gesetzl. Betreuer
Vorname			
Name			
Beruf			
Telefon			
E-Mail			
Adresse (falls abweichend)			

Diagnose

Liegt bereits eine Diagnose vor? Ja Nein Verdachtsdiagnose

Diagnose laut Diagnosebericht:

frühkindlicher Autismus F.84.0	<input type="checkbox"/>
Atypischer Autismus F.84	<input type="checkbox"/>
Asperger-Syndrom F.84.5	<input type="checkbox"/>
Autismus-Spektrum-Störung	<input type="checkbox"/>

Weitere Diagnosen: _____

Wo wurde die Diagnose gestellt? _____

Datum der Diagnose: _____

Behandelnder Kinder- oder Hausarzt: _____

Klinik/ Psychiater: _____



Bisherige Hilfen

Welche Therapien oder Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

Therapeut/Institution	
Name	Ort

Kostenträger Autismustherapie

Besteht bereits Kontakt zu Jugendhilfe/ Sozialhilfe-Trägern? Ja Nein

Zuständiger Kostenträger für ASS-Therapie:

- LVR
- Sozialamt Bonn
- Jugendamt Bonn
- Jugendamt Rhein-Sieg-Kreis
- Sozialamt Ahrweiler
- Jugendamt Ahrweiler
- Sonstiges: _____

Mein Ansprechpartner beim Kostenträger ist:

(wenn bekannt)

Name

E-Mail

Telefonnummer

Liegt bereits eine Bewilligung vor?

Ja

Nein

Wenn ja, Fälligkeit: _____

Leben mit Autismus e.V. Bonn | Rhein-Sieg | Eifel



Therapie

Besteht Interesse an weiteren Angeboten des Vereins Leben mit Autismus e.V.?

Selbsthilfegruppe Bonn

Selbsthilfegruppe Ahrweiler

Freizeitangebote:

Integratives Sportangebot

Jugendtreff

Bogenschießen

Kochen

Medienworkshop

Musik/Orchester

Integrative Samstags- Ferien- und Nachmittagsbetreuung

Hiermit melde ich mich/ mein Kind zur Therapie an.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/Eltern/gesetzlicher Vertreter



Einverständniserklärung Datenschutz

Alle persönlichen Daten des Klienten unterliegen dem Datenschutz. Sie werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich im Rahmen therapeutischer und abrechnungstechnischer Zwecke verwendet. Die Dokumentation kann sowohl schriftlich als auch bildlich erfolgen. Eine Einsichtnahme durch den Klienten/Betreuer/Eltern ist auf Wunsch möglich.

Hiermit erkläre ich, dieses Dokument gelesen und verstanden zu haben und bin mit der Speicherung der personenbezogenen Daten einverstanden.

Name, Vorname des Klienten

Ort, Datum

Unterschrift des Berechtigten

Der Widerruf ist zu richten an:

Leben mit Autismus e.V. ° Euskirchener Weg 39, 53359 Rheinbach ° info@lebenmitautismus.de



Mitgliedsantrag

Wir freuen uns, Sie als neues Mitglied im Verein „Leben mit Autismus e.V. Bonn / Rhein-Sieg / Eifel“ begrüßen zu dürfen!

Pflichtangaben: (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins in der gültigen Fassung an. Die Satzung ist auf der Homepage des Vereins unter www.lebenmitautismus.de abrufbar.

Die beiliegend abgedruckten Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und stimme diesen zu.

Als gesetzlicher Vertreter erkläre ich mein Einverständnis für die aus der Mitgliedschaft entstehenden Beitragsverpflichtungen einzustehen.

X

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen der gesetzliche Vertreter)

MITGLIEDSBEITRAG (Bitte entsprechendes Feld ankreuzen)

Einzelmitgliedschaft	Jahresbeitrag	Familienmitgliedschaft	Jahresbeitrag	
Fördermitgliedschaft	in Höhe von	im Monat	im Jahr	
einmalige Spende	in Höhe von			

Familienmitglieder (im Falle der Familienmitgliedschaft):

Name:	Geburtsdatum:
Name:	Geburtsdatum:
Name:	Geburtsdatum:
Name:	Geburtsdatum:

Aufwandsbedingt können Mitgliedsbeiträge nur per SEPA-Basislastschrift eingezogen. Bitte füllen Sie daher das folgende SEPA-Mandat vollständig aus.

Der fällige Jahresbeitrag wird per SEPA-Basislastschrift jeweils am 10. Januar des Jahres eingezogen. Ihre Mandatsreferenz entspricht Ihrer Mitgliedsnummer und wird Ihnen schriftlich mitgeteilt.





SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein „Leben mit Autismus e.V. Bonn/Rhein-Sieg/Eifel“ regelmäßig Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von „Leben mit Autismus e.V. Bonn/Rhein-Sieg/Eifel“ auf mein Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

X

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE94ZZZ00000813465

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer oder Kontaktnummer

Freiwillige Angaben:

Telefonnummer (Festnetz/ Mobil):

E-Mail-Adresse:

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken (z.B. Informationsmails) durch den Verein genutzt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

X

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen der gesetzlichen Vertreter)





Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 DSGVO

Nach Artikel 13 und 14 EU-DSGVO hat der Verantwortliche einer betroffenen Person, deren Daten er verarbeitet, die in den Artikeln genannten Informationen bereit zu stellen. Dieser Informationspflicht kommt dieses Merkblatt nach.

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie gegebenenfalls seiner Vertreter:

Leben mit Autismus e.V. Bonn | Rhein-Sieg | Eifel, Bahnhofstr. 37, 53359 Rheinbach, gesetzlich vertreten durch den Vorstand nach § 26 BGB, Herr Peter Schumacher (Vorsitzender) und Frau Andrea Hupperich (stellv. Vorsitzende); E-Mail: info@lebenmitautismus.de

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten/der Datenschutzbeauftragten:

Neuhöfer Consulting GmbH, Irene Neuhöfer, Lambertweg 7, 53359 Rheinbach, Tel.: 02226-915 253, Fax: 02226-915 254, E-Mail: Datenschutz@neuhoefer-consulting.com

3. Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden:

Die personenbezogenen Daten werden für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses verarbeitet: Erhebung, Verarbeitung (Speicherung, Veränderung und Übermittlung), Nutzung ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecke des Vereins zu. Eine anderweitige Datenverwendung ist nicht statthaft.

4. Rechtsgrundlagen, auf Grund derer die Verarbeitung erfolgt:

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt in der Regel aufgrund der Erforderlichkeit zur Erfüllung eines Vertrages gemäß Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO. Bei den Vertragsverhältnissen handelt es sich in erster Linie um das Mitgliedschaftsverhältnis im Verein. Werden personenbezogene Daten erhoben, ohne dass die Verarbeitung zur Erfüllung des Vertrages erforderlich ist, erfolgt die Verarbeitung aufgrund einer Einwilligung nach Artikel 6 Abs. 1 lit. a) i.V.m. Artikel 7 DSGVO. Die Veröffentlichung personenbezogener Daten im Internet oder in lokalen, regionalen oder überregionalen Printmedien erfolgt zur Wahrung berechtigter Interessen des Vereins (vgl. Artikel 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO). Das berechtigte Interesse des Vereins besteht in der Information der Öffentlichkeit durch Berichtserstattung über die Aktivitäten des Vereins. In diesem Rahmen werden personenbezogene Daten einschließlich von Bildern der Teilnehmer zum Beispiel im Rahmen der Berichterstattung über Ereignisse des Vereins veröffentlicht.

5. Die Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:

Die Daten der Bankverbindung werden zum Zwecke des Beitragseinzugs an die Raiffeisenbank Rheinbach weitergeleitet.

6. Die Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden oder, falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung der Dauer:

Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft gespeichert.

Mit Beendigung der Mitgliedschaft werden die Datenkategorien gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen weitere zehn Jahre vorgehalten und dann gelöscht. In der Zeit zwischen Beendigung der Mitgliedschaft und der Löschung wird die Verarbeitung dieser Daten eingeschränkt. Bestimmte Datenkategorien werden zum Zweck der Vereinschronik im Vereinsarchiv gespeichert. Hierbei handelt es sich um die Kategorien Vorname, Nachname und besondere Ereignisse, an denen die betroffene Person mitgewirkt hat. Der Speicherung liegt ein berechtigtes Interesse des Vereins an der zeitgeschichtlichen Dokumentation von Ereignissen und Erfolgen zugrunde.

Alle Daten der übrigen Kategorien (z.B. Bankdaten, Anschrift, Kontaktdaten) werden mit Beendigung der Mitgliedschaft gelöscht.

7. Der betroffenen Person stehen unter den in den Artikeln jeweils genannten Voraussetzungen die nachfolgenden Rechte zu:

- das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO,
- das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO,
- das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO,
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO,
- das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO,
- das Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO,
- das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde nach Artikel 77 DSGVO
- das Recht, eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen zu können, ohne dass die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung hierdurch berührt wird.

8. Die Quelle, aus der die personenbezogenen Daten stammen:

Die personenbezogenen Daten werden grundsätzlich im Rahmen des Erwerbs der Mitgliedschaft erhoben.

Ende der Informationspflicht
Stand: Juni 2018

