



Ansprechpartnerin

Jana Rick

jana.rick@lebenmitautismus.de

Geschäftsstelle

Gabriele Coberger
Jana Rick

Kölustr. 433, 53117 Bonn
01736609835

info@lebenmitautismus.de
www.lebenmitautismus.de

Liebe Interessenten,

um Ihr Kind unserer Warteliste hinzu zufügen füllen Sie bitte die nach folgenden Unterlagen vollständig aus und senden diese an die E-Mail Adresse: info@lebenmitautismus.de.

Bitte fügen Sie eine **Kopie** der **aktuellen Diagnose**, sowie ein **Foto Ihres Kindes** bei.

Nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen, wird Ihr Kind unserer Warteliste hinzugefügt und Sie können ein Informationsgespräch mit unserer leitenden Therapeutin, Frau Sichelschmidt, vereinbaren. Hier können alle relevanten Informationen persönlich besprochen werden.

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

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Jana Rick

Verwaltung

Leben mit Autismus e.V.

Tel. 0173 6609835

Therapeutische Leitung

Angela Sichelschmidt
Autismustherapeutin (VT) (IF A/DGVT)

Praxis für Autismustherapie

Kölustraße 433, 53117 Bonn
Tel. 0228-96785496
Fax. 0228-96785497

Vorstand

Peter Schumacher, Vorsitzender
Andrea Hupperich, stellv. Vorsitzende

Bankverbindung

Raiffeisenbank
Rheinbach Voreifel e.G.
IBAN DE13370696270342216021
BIC GENODED1RBC



Anmeldung zur Autismustherapie

Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____



Zur Zeit 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

Spiel und Spaß mit dem Pferd

Musik/Orchester

Integrative Samstags- Ferien- und Nachmittagsbetreuung

Hiermit melde ich mich/ mein Kind zur Therapie an.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/Eltern/gesetzlicher Vertreter



Einverständniserklärung

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., Odinstraße 17, 53913 Swisttal-Odendorf, info@lebenmitautismus.de

Mitgliedsantrag

Wir freuen uns, dass sie sich dazu entschieden haben, dem Verein „**Leben mit Autismus e.V. Bonn I Rhein-Sieg I Eifel**“ beizutreten.

Pflichtangaben: (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Geschlecht: männlich weiblich andere

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Eintritt(Datum): _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins in der gültigen Fassung an. Die Satzung finden Sie auf unserer Homepage www.lebenmitautismus.de

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

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen der gesetzlichen Vertreter)

MITGLIEDSBEITRAG (Bitte entsprechendes Feld ankreuzen)

Einzelmitgliedschaft Jahresbeitrag 30€

Familienmitgliedschaft Jahresbeitrag 50€

Fördermitglied einmalige Zahlung von _____ €
regelmäßige Zahlung von _____ € / Monat/ Jahr

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

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.

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, Odinstraße 17, 53913 Swisttal-Odendorf, 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:

Leben mit Autismus e.V. Bonn | Rhein-Sieg | Eifel, Jana Rick, Odinstraße 17, 53913 Swisttal-Odendorf, E-Mail: jana.rick@lebenmitautismus.de

3. Zwecke, für die personenbezogenen Daten verarbeitet werden:

Die personenbezogenen Daten werden für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses verarbeitet (z.B. Einladung zu Versammlungen, Beitragseinzug).

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 berechnete 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

SEPA-Basis Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen

Leben mit Autismus e.V.
Odinstr. 17
53913 Swisttal

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE94ZZZ00000813465

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer oder Kontaktnummer

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

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

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers