GOD REJSE

RUDERSDAL REJSEFORENING *FOR SENIORER OG HANDICAPPEDE*

*v/ formand,* *Svend Aa. Mønsted,* *Rådhusparken 45, 3450 Allerød Tlf.* *24 28 70 57* mail:[rudersdalrejseforening@](about:blank)outlook.dk, CVR nr. 34169020

*ww www.rudersdalrejseforening.dk*

### ANSØGNINGSSKEMA

til deltagelse i rejsen til, **Hotel Rising Star.** **Cypern.**

i tiden 9. september – 16. september 2024.

Af hensyn til planlægning og gennemførelse af rejsen beder vi dig udfylde skemaet så fyldestgørende og uddybende som muligt.

Dette vil medvirke til størst tilfredsstillelse for **alle parter, og være til stor gavn for hjælperne** på rejsen.

På forhånd tak!

Ansøgerens:

Navn.....................................……………… …… Fødselsdag.............

Adresse....................................……………… …….Postnr.………………….By………………

Telefonnr.......…………........Evt. Mobilnr……..……………… Mail……………………………

Omfatter ansøgningen også din ægtefælle € samlever € ledsager € (hvis ja sæt kryds)

I bekræftende fald anføres pågældendes navn på side 3

De 4 sider indsendes samlet

**Personlige oplysninger.**

# Benytter du kørestol: ja € nej € konstant € delvis €

Har du brug for kørestol ved ture/udflugter: ja € nej €

Kan du selv komme ind/ud af bus: ja € nej €

Medbringer du en personlig kørestol: ja € nej €

Er du kørestolsbruger oplys personlig vægt:…….kg. af hensyn til kørestolstype.

**Kun sammenklappelig kørestol kan medtages. Egen rollator kan medtages, hvis sådan anvendes.**

Benytter du andre hjælpemidler:

toiletforhøjer € stok/antal € rollator € andet……………………………………………

**Specielle forhold, som du mener vi bør vide:**

…………………………………………………………………………………….…………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………….

Får du derhjemme:

hjemmesygepleje ja € nej € hjemmehjælp ja € nej €

I bekræftende fald beder vi dig udførligt beskrive, hvori hjælpen består:

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

Såfremt du rejser alene, beder vi dig nedenfor **med et kryds** anføre, hvilke opgaver, du ønsker hjælp til.

**Hvis De har ægtefælle/ledsager med**, anfører de i rubrikken **ægtefælle/ledsager/hjælper,** hvilke opgaver vedkommende påtager sig.

Hjælp ønskes til Ægtefælle/ledsager hjælper

1. Gang på trapper……………………………………………………… ……… \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

2 Til og fra seng………………………………………………………………… \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

3. Toiletbesøg…………………………………………………………………… \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

4. Morgentoilette/aftentoilette………………………………………...………… \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

5. Evt. bad…………………………………………………………… …….…... \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

6. Af-/ påklædning……………………………………………………… ………. \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

7. Spisning………………………………………………………………… ……. \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

8. Administration af medicin…………………………...………………………… \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

9. Administration af lommepenge………………………………………………… \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

10. Behov for ”pusterum” i forhold til ægtefælle/ledsager………………… ……. \_\_\_\_\_\_

Hvem er din læge? …………………………………………………………………………………..

(navn og telefonnummer)

Har du tidligere deltaget i REJSEFORENINGENS rejser? ja € år: ………. nej €

Din nærmeste pårørende:

Navn:..................................................…………………………….

Adresse:..................................……… ……………Postnr.:………………By:……………

Telefonnummer:…………... Evt. Mobilnr…….….…. Mail………………….

**Ægtefælles / samlevers / ledsagers navn:**

Navn…………………………………………… ……Fødselsdag. …………

Evt. anden adresse…………………………………… Telefonnr.…… ……..…..…

Telefonnr.......…………....Evt. Mobilnr……..………….

**Personlige oplysninger.**

# Benytter du kørestol: ja € nej € konstant € delvis €

Har du brug for kørestol ved ture/udflugter: ja € nej €

Kan du selv komme ind/ud af bus: ja € nej €

Medbringer du en personlig kørestol: ja € nej €

Er du kørestolsbruger oplys personlig vægt:………….Kg. af hensyn til kørestolstype.

**Kun sammenklappelig kørestol kan medtages. Egen rollator kan medtages, hvis sådan anvendes.**

Benytter du andre hjælpemidler:

toiletforhøjer € stok/antal € rollator € andet……………………………………………

Specielle forhold, som Du mener vi bør vide:

…………………………………………………………………………………….…………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………

Hjælp ønskes til Ægtefælle/ledsager hjælper

1. Gang på trapper……………………………………………………… ……… \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

2 Til og fra seng………………………………………………………………… \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

3. Toiletbesøg…………………………………………………………………… \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

4. Morgentoilette/aftentoilette………………………………………...………… \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

5. Evt. bad…………………………………………………………… …….…... \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

6. Af-/ påklædning……………………………………………………… ………. \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

7. Spisning………………………………………………………………… ……. \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

8. Administration af medicin…………………………...………………………… \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

9. Administration af lommepenge………………………………………………… \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

10. Behov for ”pusterum” i forhold til ægtefælle/ledsager………………… ……. \_\_\_\_\_\_

Såfremt du rejser alene, må du være forberedt på at dele værelse med en anden rejsedeltager.

Har du et ønske om at bo sammen med en bestemt rejsedeltager,

så anfør navnet her................………………………………… ............................

Hvis pågældende kommer med, vil vi bestræbe os på at imødekomme ønsket.

ønsker du ene værelse  **ja € nej** € Der er et begrænset antal eneværelser

**Er du ryger ja € nej** €

Rejseforeningen gør opmærksom på, at alle de givne oplysninger, **behandles fortroligt og bruges alene i forbindelse med denne rejse.**

Oplysningernevil danne grundlag for planlægningen af den evt. hjælp, der skal ydes rejsens deltager samt

sammensætningen af rejseholdet.

Rejsens pris er kr. 8.200, - inkl. halvpension, indkvartering på dobbeltværelser og busbefordring til

og fra København Lufthavn.

Eneværelse beregnes tillæg på kr. 2.200, -

Der tages forbehold for stigende brændstof priser

# For at rejsen kan få en god afslutning for alle deltagere, vil det være ønskeligt, om du kunne blive modtaget på Plejecenteret Hegnsgården af familie eller venner. Det vil af rejseprogrammet, som udleveres ved formødet før afrejsen, fremgå, hvornår flyet er i Københavns lufthavn, og hvornår det forventes, at bussen er ved Plejecenteret Hegnsgården.

Jeg bliver modtaget ved hjemkomsten af familie/venner: ja € nej €

## Familie/venners navn:…………………………………………

## Telefonnr.……...……… Mobilnr……………

OBS: Rejsen foretages på eget ansvar. Der kan tegnes:

Afbestillingsforsikring for 350, - kr. pr. person. Hvis en sådan ønskes, sæt kryds €

Rejseforsikring ved sygdom undervejs for 350, - kr. pr. person. Hvis en sådan ønskes, sæt kryds her €

Ansøgningen bedes sendt til:

**Bo Koppel Snebærhegnet 35, 2670 Greve, senest kl. 12 lørdag d. 22. juni. 2024.**

**Eller indsendes elektronisk til:** [**bo@rudersdalrejseforening.dk**](mailto:bo@rudersdalrejseforening.dk)**, eller** [**bo@koppel.dk**](mailto:bo@koppel.dk)**,**

Besked om, hvorvidt ansøgningen er imødekommet eller ej, udsendes senest. 20 juli 2024

**Betaling for rejsen skal ske senest den 1. august. 2024.**

**Der vil forud for rejsen blive inviteret til formøde.**

Evt. yderligere oplysninger kan fås ved henvendelse, til rejseforeningens leder af rejsen:

**Bo Koppel, tlf. 21 75 40 19**

..........… ……..den 2024

…………………………………………………………

underskrift