

Antrag/Erklärung Risiko

- WfbM/TaFö/BBB - Bereich Arbeit

Eine Rückkehr in die Einrichtungen des Bereichs Arbeit der LHWW ist nur möglich, wenn Sie das folgende Dokument ausfüllen und vor Wiederaufnahme Ihrer Maßnahme **in Ihrer Einrichtung** abgegeben haben. Es dient zu Ihrem Schutz und dem aller Beteiligten. Sie erklären Ihren Risikostatus mit diesem Dokument und haben die Möglichkeit sich von der Tätigkeit in der Einrichtung freustellen zu lassen.

Das Sozialministerium erklärt zum Thema Risikostatus: „**Grundsätzlich muss eine vorbestehende Grunderkrankung oder eine Immunschwäche vorliegen, die einen schweren Krankheitsverlauf wahrscheinlich macht. Das Vorliegen eines einzelnen Risikofaktors wie z.B. Rauchen oder Alter über 60 Jahren reicht nicht aus, um ein Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf zu begründen.**“ Daher wird es notwendig, dass wir die Zugehörigkeit zur Risikogruppe nur noch mit ärztlicher Stellungnahme anerkennen dürfen.

Wenn Sie bereits eine Stellungnahme des Arztes abgegeben haben, brauchen Sie dies nicht zu wiederholen. In diesem Fall bitten wir nur um das Ausfüllen dieses Antrags bzw. Erklärung.

Name des Menschen mit Behinderung: _____

Einrichtung: _____

Bitte ankreuzen:

Ich gehöre keiner Risikogruppe an.

Ich gehöre zur Risikogruppe.

Die Bescheinigung ist beigefügt. (Bitte keine Diagnosen mitteilen, sondern lediglich die Zugehörigkeit. Etwaige Kosten werden gegen Beleg erstattet)

Die Bescheinigung wurde bereits abgegeben.

Ich lebe im häuslichen Umfeld mit einer Risikoperson zusammen.

Die Bescheinigung ist beigefügt. (Bitte keine Diagnosen mitteilen, sondern lediglich die Zugehörigkeit. Etwaige Kosten werden gegen Beleg erstattet)

**Bitte stellen Sie mich vom Besuch der Werkstatt bzw. Tagesförderstätte frei.
oder**

Ich möchte trotz Zugehörigkeit zur Risikogruppe wieder in meine Einrichtung kommen.

(Dieses Dokument wird in der Sozialdienstakte aufbewahrt)

Bitte wenden ->

Name des gesetzlichen Betreuers: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Ich habe folgende Fragen und bitte um Kontaktaufnahme durch die LHWW:

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter/in; gesetzliche Betreuung

Kenntnisnahme durch die LHWW:

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift des SD