

Seminarankündigung 2010

Beratung und Betreuung in Haft

Termin:	24.09.-26.09.2010
Ort:	Frankfurt
Zielgruppe:	haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen aus Aids-, Drogen- und Gefangenenhilfe
Leitung:	Bärbel Knorr
Trainer:	Ralf Bär
Teilnehmer/innenzahl:	max. 12
Teilnahmekosten:	keine
Fahrtkostenerstattung:	ja
Anmeldung an:	Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
Rückfragen an:	Bärbel Knorr, Tel. 030/690087-45;
Anmeldeschluss:	23.07.2010 (danach auf Anfrage)
Seminarkennnummer:	1D-5018

Justizvollzugsanstalten sind eine kleine Welt für sich. Für die Inhaftierten und die Bediensteten gelten spezielle Regeln, auch Beratung und Betreuung gestalten sich hier anders als in einer Beratungsstelle „draußen“. Auf Kommunikationsmittel wie Telefon und Internet hat man in der Regel keinen Zugriff, auch Kolleg(inn)en können nicht kurzfristig hinzugezogen werden, um mit Rat und Tat zu Seite zu stehen. All das trägt oft zur Verunsicherung gerade neuer Mitarbeiter/innen bei.

Dieses Seminar richtet sich an Mitarbeiter/innen, die erst seit kurzem von HIV/Aids und Hepatitiden bedrohte und betroffene Menschen in Haft betreuen oder sich gerade darauf vorbereiten. Damit sie den Anforderungen gerecht werden können, vermitteln wir zum einen Grundkenntnisse der Beratung und Betreuung. Zum anderen machen wir sie mit den Strukturen des Justizbereichs vertraut – dies gerade auch im Hinblick auf einen sensiblen Umgang mit den Bediensteten.

Hinweis: Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung übernimmt die Deutsche AIDS-Hilfe. Die Unterbringung erfolgt im Einzelzimmer. Fahrtkosten werden nur bis zur Höhe einer Fahrkarte II. Klasse oder dem kostengünstigsten Angebot der DB gegen Antrag erstattet, lokale Fahrtkosten können nicht erstattet werden. PKW-Fahrten werden mit 0,20 €/km berechnet. Die Anmeldebestätigung wird ca. 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn verschickt.

Kinderbetreuung ist bei rechtzeitiger Anmeldung möglich!

Anmeldeformular (an: DAH, Postfach 610 149, 10921 Berlin, FAX 0 30-69 00 87 42)

Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

Titel: Beratung und Betreuung in Haft

Datum: 24.-26.09.2010

Ort: Frankfurt

Seminarkennnummer: 1D-5018

Ich bin Mitarbeiter/in in folgender AIDS-Hilfe oder anderer Einrichtung/Organisation:

Teilnahmezusage, Anreiseskizze und Seminarunterlagen (oder Absage, falls ausgebucht)
erbitte ich an folgende Postanschrift (bitte Druckbuchstaben):

Name:

Strasse und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Telefonnr.: von Uhr bis Uhr

Email:

!!!Bitte unbedingt ankreuzen ob Privat- oder Geschäftsadresse verwendet wurde!!!

privat geschäftlich

Darf die Telefonnummer auf der Anmelde-Liste, die vorab allen TeilnehmerInnen zugesandt wird und der selbständigen Zusammenstellung von Fahrgemeinschaften dient, veröffentlicht werden?

Ja Nein

Alter in Jahren: _____

Dauer der Mitarbeit in der AIDS-Hilfe/ Einrichtung/Organisation: _____

Ich arbeite als: _____

Ausbildung/Berufserfahrung: _____

Bei Berater- und Betreuertrainings sowie Spezialisierungen für fortgeschrittene MitarbeiterInnen bitte folgende Frage beantworten (andernfalls kann die Anmeldung nicht berücksichtigt werden):

Ich habe folgende Einsteigerschulung und Seminare besucht (Datum, Ort, Veranstalter):

Ich erteile der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. einmalig eine Einzugsermächtigung über folgende Teilnahmegebühr für o.g. Veranstaltung:

Betrag in Euro _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Bank: _____

Name des Kontoinhabers _____

Anschrift des Kontoinhabers: _____

Unterschrift des Verfügungsberechtigten: _____

Ich zahle die Teilnahmegebühr per Überweisung auf das Konto 070 3500 500 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin BLZ 300 606 01. ei Überweisungen bitte die Seminarkennnummer als Verwendungszweck angeben!

Für mich **muss** eine Substitution organisiert werden. Ich werde substituiert mit _____ml/ _____mg L-Polamidon/Methadon. Name und Adresse des vor Ort substituierenden Arztes werden mir mit der Teilnahmezusage mitgeteilt. Ich selbst werde dann veranlassen, dass mein behandelnder Arzt diesem Kollegen rechtzeitig das entsprechende BtM-Rezept mit Mengenangabe zukommen lässt.

Ich benötige während der Veranstaltung eine ärztliche Betreuung, und zwar:

Ich melde zusätzlich folgende Kinder an/ Kinderbetreuung wird benötigt: Ja Nein

Name: _____ Alter: _____

Sollte ich aus unvorhergesehen persönlichen oder dienstlichen Gründen verhindert sein, so verpflichte ich mich, umgehend die Anmeldung schriftlich zu stornieren, damit mein Seminarplatz an eine/n Nachrücker/in vergeben werden kann. Die Hinweise der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen der DAH – insbesondere die für eine Abmeldung – sind mir bekannt und werden von mir anerkannt (siehe „Hinweise zur Teilnahme“ Veranstaltungskalender der DAH oder veröffentlicht in jedem Anhang des Rundbriefes). Weiterhin ist mir bekannt, dass ohne Zahlung der Teilnahmegebühr – sofern erforderlich – oder bei unvollständigen Angaben im Anmeldeformular meine Anmeldung nicht berücksichtigt wird.

Ort/ Datum/ Unterschrift

Bestätigung durch die regionale AIDS-Hilfe/ Einrichtung