

## Beitrittserklärung

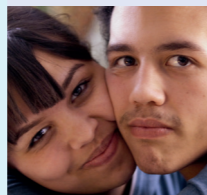
### Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit!

Werden Sie Mitglied oder engagieren Sie sich in unserem Verein:

- ☛ Auf der Rückseite Name und Adresse eintragen und Zutreffendes ankreuzen.
- ☛ Bitte Bankdaten und Unterschrift nicht vergessen.
- ☛ Im Fensterkuvert an unsere Geschäftsstelle senden.

AKI – Hospizdienst für junge Menschen  
Mittelhöhe 3  
74523 Schwäbisch Hall

## Wie wir arbeiten



Der ambulante Kinder- und Jugendhospizdienst berät und **begleitet Kinder, Jugendliche und deren Familien** ab der Diagnose einer lebensverkürzenden Erkrankung **im häuslichen Umfeld**, im Leben und Sterben und in der Trauer.

Das erkrankte Kind, die Geschwister und die Eltern werden von uns durch **geschulte, ehrenamtliche Familienbegleiterinnen und -begleiter** individuell unterstützt. Dabei sind wir für alle da, die mit dem erkrankten Kind in Beziehung stehen und die sich dem Kind und der Familie verbunden fühlen.

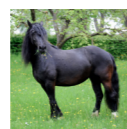
Das Angebot ist **kostenlos** und trägt sich allein durch Spenden. Es gilt für den Landkreis Schwäbisch Hall und ist unabhängig von kulturellem und religiösem Hintergrund, unabhängig von Alter und Staatsangehörigkeit.

### Ausgewählte Angebote im AKI:



#### Sternencafé

Für Eltern, die ein Kind vor, während oder nach der Geburt verloren haben  
*Erster Samstag im Monat, 14:30–17:30 Uhr*



#### Aki auf dem Bauernhof

Gemeinsame Besuche bei Katniss, aber auch Einzelreitertermine  
*Termine werden bekanntgegeben.*



#### Aki – in Farbe

Kreative Auszeit für Kinder und Jugendliche mit Pinsel, Farbe, Ton oder Kleister.  
*Erster Freitag im Monat, 15:00–17:30 Uhr*

## Wir brauchen Ihre Hilfe



Helfen können Sie uns durch Spenden, Benefizveranstaltungen und Ihre Mitgliedschaft in unserem Verein.

### Spendenkonten

Sparkasse Schwäbisch Hall-Crailsheim  
Kto.-Nr.: 152 3933 BLZ: 622 500 30  
IBAN: DE84 6225 0030 0001 5239 33  
BIC: SOLADES1SHA

VR Bank Schwäbisch Hall e.G.  
Kto.-Nr.: 117 175 005 BLZ: 622 901 10  
IBAN: DE21 6229 0110 0117 1750 05  
BIC: GENODES1SHA

Bitte notieren Sie auf dem Überweisungsträger Ihre Adresse.

» Gern berichten wir Gruppen, Schulklassen, Vereinen, und Unternehmen von unserer Arbeit.



**HOSPIZDIENST**  
für junge Menschen

Das Unfassbare tragen

Unterstützung für Familien  
im Landkreis Schwäbisch Hall

## Der Verein



## Hilfe für die ganze Familie und Zugehörige

Um Familien im ganzen Landkreis Schwäbisch Hall in schweren Zeiten der Krankheit, des Sterbens und des Trauerns zu unterstützen, gründete sich 2006 das Ambulante Kinderhospiz e. V.

AKI – kurz für »Ambulantes Kinderhospiz« – ist ein japanischer Vorname und bedeutet „Moment“ (A), kombiniert mit „Hoffnung“ (KI).

## Wen wir unterstützen



## Wir wollen stärken und entlasten

- ››› Familien mit lebensverkürzend erkrankten Kindern und Jugendlichen
- ››› Kinder von schwersterkrankten und sterbenden Eltern
- ››› Trauernde Kinder / Jugendliche
- ››› Verwaiste Eltern

Die Diagnose einer schweren Erkrankung stellt eine große Belastung dar – das gesamte Leben verändert sich. Die begrenzte Zeit ist kostbar für alle.

Wir unterstützen Familien während der gesamten Lebens-, Sterbe-, und Trauerzeit und begleiten Geschwister nach deren Bedürfnissen. Ausgehend vom Zeitpunkt der Diagnose bis in die Trauerphase hinein sind wir verlässliche Partner für die gesamte Familie.

Weitere Informationen auf der Website:  
👉 [www.kinderhospiz-sha.de/unser-hospiz/wie-helfen-wir](http://www.kinderhospiz-sha.de/unser-hospiz/wie-helfen-wir)

## Ansprechpartner



## Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst Schwäbisch Hall e. V.

Mittelhöhe 3, 74523 Schwäbisch Hall  
Telefon 0791 / 95 66 45-5, Fax 0791 / 95 66 45-4  
E-Mail [info@kinderhospiz-sha.de](mailto:info@kinderhospiz-sha.de)  
Web [www.kinderhospiz-sha.de](http://www.kinderhospiz-sha.de)  
Besuchen Sie uns auch bei Facebook und Instagram!

## Koordination

Astrid Winter, Telefon 0172 / 9 42 07 14 und 0791 / 7 26 91  
E-Mail [koordination-aki@email.de](mailto:koordination-aki@email.de)  
Termine nach Vereinbarung

## Büro-Öffnungszeiten

Für persönliche und telefonische Gespräche:  
dienstags 10–13 Uhr, freitags 14–18 Uhr

## Beitrittserklärung

Name(n) / Firmenbezeichnung

Vorname(n) / Kontaktperson der Firma

Geburtsdatum (bei Familien auch des zweiten Familienmitglieds)

Straße, Hausnummer / Postfach

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Hiermit erkläre/n ich /wir die Mitgliedschaft im Verein Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst Schwäbisch Hall e. V. als (bitte ankreuzen):

- Ordentliches Mitglied (Privatperson mit Stimmrecht)
- Regelmäßige Unterstützung

Hiermit ermächtige ich den Verein Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst Schwäbisch Hall e. V. bis auf Widerruf, die Mitglieds- und Unterstützungsbeiträge per Lastschriftverfahren von folgendem Konto einzuziehen.

IBAN, Bank

BIC, KON BIC, Kontoinhaber

24,- Euro jährlich

Mitglieds- / Unterstützungsbeitrag

Ort, Datum, Unterschrift

