|  |
| --- |
| **Voor wie wordt zorg aangevraagd?** |
| Geboortenaam :       |
| Partnernaam :       |
| Voorletters en roepnaam :       |
| Adres :       |
| Postcode en woonplaats :       |
| Geboortedatum :       |
| BSN :       |
| Burgerlijke staat :       |
| Man/vrouw :      |
| Telefoon vast :       |
| Telefoon mobiel :       |
| E-mailadres :       |

|  |
| --- |
| Is er sprake van:[ ]  bewind[ ]  curatele[ ]  mentorschap[ ]  anders, nl       |
| Naam bewindvoerder/curator/mentor :       |
| Adres :       |
| Postcode en woonplaats :       |
| Telefoonnummer :       |

|  |
| --- |
| **Wie is 1e contactpersoon?** |
| Naam :       |
| Adres :       |
| Postcode en woonplaats :       |
| Telefoon vast :       |
| Telefoon mobiel :       |
| E-mailadres :       |
| Relatie tot zorgvrager :       |

|  |
| --- |
| **Wie is 2e contactpersoon (indien van toepassing)?** |
| Naam :       |
| Adres :       |
| Postcode en woonplaats :       |
| Telefoon vast :       |
| Telefoon mobiel :       |
| E-mailadres :       |
| Relatie tot zorgvrager :       |

|  |
| --- |
| **Is er een andere instantie of hulpverlener betrokken?** |
| Naam :       |
| Organisatie :       |
| Adres :       |
| Telefoon :       |
| E-mailadres :       |
| Welke behandeling wordt op dit moment geboden      |

|  |
| --- |
| **Is er een tweede instantie of hulpverlener betrokken (zie boven)?** |
| Naam :       |
| Organisatie :       |
| Adres :       |
| Telefoon :       |
| E-mailadres :       |
| Welke behandeling wordt op dit moment geboden:      |

|  |
| --- |
| **Intake kan worden geregeld via:****[ ]** 1e contactpersoon**[ ]** 2e contactpersoon**[ ]** cliënt zelf |

|  |
| --- |
| **Indicatie/beschikking:****[ ]** aanmelding vanuit de (centrum)gemeente (WMO-loket, sociaal  wijkteam)**[ ]** cliënt heeft een beschikking gemeente (WMO)**[ ]** indicatie is nog afgegeven door CIZ (WMO-overgangsrecht)**[ ]** cliënt heeft een indicatie WLZ en wil gebruik maken van overbruggingszorg**[ ]** cliënt heeft een indicatie WLZ en wil gebruik maken van: Modulair pakket thuis (MPT)**[ ]** PGB |

|  |
| --- |
| **Achtergrondinformatie** |
| Gegevens met betrekking tot diagnoses/beperkingen:      |
| Gegevens met betrekking tot de woonsituatie:      |
| GezinssamenstellingNaam: Geboortedatum:                                                                   |
| Belangrijke personen, die als vrijwilliger of vanuit een organisatie betrokken zijn (naam, eventueel functie en telefoonnummer), idem betrokken familieledenNaam: Adres en telefoonnummer:                                  |
| Medische gegevens (indien van belang):      |
| Belangrijke levensgebeurtenissen (indien van belang):      |
| Hoeveel begeleiding wilt u vanuit het wijkteam ontvangen:      uur Niet beschikbaar op:       (dag) of      (tijdstip)Omdat:       |
| Zorgvraag hangt samen met: | Toelichting: |
| [ ]  Praktische ondersteuning (bijv. bij persoonlijke hygiëne, huishouden, koken en boodschappen, afspraken, dagstructuur en vervoer) |       |
| [ ]  medische zaken |       |
| [ ]  opvoeding/kinderen |       |
| [ ]  werk/dagbesteding |       |
| [ ]  werkdagen |  MA DI WO DO VR ZAochtend [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] middag [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |
| [ ]  problematiek die samenhangt met relatie  en/of seksualiteit |       |
| [ ]  ondersteuning bij het vinden en  vasthouden van vrijetijdsbesteding |       |
| [ ]  ondersteuning bij administratie en  financiën |       |
| [ ]  huisvestingsproblemen |       |
| [ ]  psychische problematiek |       |
| [ ]  middelengebruik en criminaliteit |       |
| [ ]  huiselijk geweld |       |
| [ ]  sociaal isolement |       |
| [ ]  anders, nl.       |       |

De volgende bijlage(n) meesturen:

[ ]  kopie indicatiebesluit CIZ (WLZ) indien van toepassing

[ ]  kopie beschikking gemeente (WMO) indien van toepassing

[ ]  Recente rapportage werk / dagbesteding / stage / school

 **(verplicht indien aanwezig)**

[ ]  Volledig verslag psychologisch onderzoek **(verplicht indien aanwezig)**

[ ]  Volledig verslag psychiatrisch onderzoek **(verplicht indien aanwezig)**

[ ]  Overige beschikbare recente rapportage, zoals een zorg- / behandelplan

 **(verplicht indien aanwezig)**

**Graag dit aanmeldformulier digitaal ingevuld, met bijlage(n), sturen naar**:

zorgbemiddeling@dehaardstee.nl.