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

|  |
| --- |
| **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 |       |

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

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

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

|  |
| --- |
| **Indicatie/beschikking****[ ]** aanmelding vanuit de gemeente (WMO-loket, sociaal wijkteam)**[ ]** 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 alternatieve zorg**[ ]** PGBAantal dagdelen:      |

|  |
| --- |
| **Achtergrondinformatie**  |
| Gegevens met betrekking tot diagnoses/beperkingen:      |
| Beschikbaar netwerk (vrijwilligers, familieleden, etc)  |
| Naam:      | Adres:     Telefoonnummer:      |
| Naam:      | Adres:     Telefoonnummer:      |
| Naam:      | Adres:     Telefoonnummer:      |
| Medische gegevens (indien van belang):      |
| Belangrijke levensgebeurtenissen (indien van belang):      |
| School  |       |
| Opleiding  |       |
| Diploma behaald | [ ]  ja [ ]  nee  |
| Behaalde certificaten  |       |
| Werk of stage ervaring  | [ ]  stage [ ]  werk |
| Bedrijf |       |
| Functie  |       |
| Takenpakket  |       |
| Periode:  |       |
| In welke sector ligt de werkwens?[ ]  Horeca[ ]  Detailhandel[ ]  Groenvoorziening[ ]  anders, namelijk:      |
| Doel van de aanvraag voor dagbesteding:[ ]  Dagstructuur[ ]  Werkervaring opdoen[ ]  Voorkomen sociaal isolement[ ]  Leren samenwerken[ ]  Uitstroom naar reguliere arbeid |
| Waar moeten werkbegeleiders rekening mee houden ten aanzien van de mogelijkheden en beperkingen:      |
| Beschikbare werkdagen |  MA DI WO DO VR ZAochtend [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] middag [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |

De volgende bijlagen meesturen:

[ ]  kopie indicatiebesluit CIZ 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 bijlagen, sturen naar**:

zorgbemiddeling@dehaardstee.nl