|  |
| --- |
| **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: | |
| Gezinssamenstelling  Naam: Geboortedatum: | |
| Belangrijke personen, die als vrijwilliger of vanuit een organisatie betrokken zijn (naam, eventueel functie en telefoonnummer), idem betrokken familieleden  Naam: 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 ZA  ochtend  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](mailto:zorgbemiddeling@dehaardstee.nl).