

FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG FÜR EIN UNTERSTÜTZTES WOHNANGEBOT

BITTE AUSGEFÜLLT SCHICKEN AN:

Leben mit Behinderung Hamburg
Frau Antje Nötzel
Südring 36
22303 Hamburg

Bitte nehmen Sie sich die Zeit den Fragebogen vollständig und leserlich auszufüllen. Ein gut ausgefüllter Fragebogen ermöglicht es uns, das passende Wohnangebot zu finden. Sie können gerne zusätzliche Seiten (z.B. Unterlagen Berichte usw.) beilegen.

Für Fragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung, sie erreichen mich unter:
Tel. 040- 270 790 927, Fax: 040-270 790 948 , e-Mail: Noetzel@lmbhh.de

1. Personalien

1.1 Name des Menschen mit Behinderung (im weiteren Interessent/Interessentin):

Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____

1.2 Geburtsdatum: _____

1.3 Anschrift: _____

Tel./Fax: _____ E-Mail: _____

1.3.1 Wohnsituation:

bei den Eltern bei der Mutter bei dem Vater

in einer Wohneinrichtung, Anschrift: _____

Tel./Fax: _____ Ansprechpartner/in: _____

sonstiges, nämlich _____

1.4 Besteht für den Interessenten/die Interessentin eine rechtliche Betreuung? ja nein

1.5 Für welche Aufgaben ist der/die rechtliche Betreuer/in eingesetzt?

Vermögenssorge Gesundheitsvorsorge Aufenthaltsbestimmung Behördenangelegenheiten

1.6 Name der rechtlichen Betreuerin/des rechtlichen Betreuers: _____

Anschrift: _____

e-Mail: _____ Tel./Fax: _____

1.7 Besteht ein Unterbringungsbeschluss vom Vormundschaftsgericht? ja nein

Nähere Angaben: _____

1.8 Person, die für den Interessenten/die Interessentin verhandelt:

Name: _____ Tel./Fax: _____

Anschrift: _____

(Verwandtschafts-)verhältnis: _____

1.9 Wer füllt den Anmeldebogen aus?

Interessent/Interessentin selbst? Rechtlicher Betreuer Eltern/Vertrauensperson

2. Möglichkeiten zu wohnen:

Will der Interessent/die Interessentin:

2.1. Mit Anderen in Gemeinschaft leben: ja nein

Welche Form des gemeinschaftlichen Lebens wird angestrebt?

a. Wohngruppe (stationäres Wohnen) ja nein

b. ambulant betreute Wohngemeinschaft ja nein

c. Hausgemeinschaft ja nein

2.2. Allein oder zu Zweit ambulant betreut in eigener Wohnung leben ja nein

a. in eigener Wohnung in einer Hausgemeinschaft ja nein

b. Betreuung in der eigenen Wohnung im Stadtteil ja nein

2.3. Kann der Interessent/die Interessentin tagsüber und an Wochenenden/Feiertagen für längere Zeit allein sein? ja nein

2.4. Kann der Interessent/die Interessentin mit einem Telefon umgehen? ja nein

2.5. Hat der Interessent/die Interessentin die Bereitschaft, ambulante Hilfen anzunehmen? (zum Beispiel Pädagogische Betreuung, Pflegedienst u.a.) ja nein

2.6. Kann der Interessent/die Interessentin die Uhr lesen und mit Terminabsprachen umgehen? ja nein

3. Aufnahmetermin

Ab wann will oder soll der Interessent/die Interessentin ein Wohnangebot nutzen?

möglichst sofort oder in den nächsten Monaten

in etwa einem Jahr

in etwa zwei Jahren

in etwa drei Jahren

in etwa fünf Jahren

später, nämlich etwa _____

Gewünschter Stadtteil:

4. Angaben zur Art der Behinderung und Diagnosen (Sie können Kopien der letzten Berichte anfügen)

Bitte geben Sie hier die Diagnosen an: _____

4.1 Besteht eine Körperbehinderung? ja nein

Rollstuhlfahrer/in ja nein

Rollstuhlselfahrer/in ja nein

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

4.2 Besteht eine Sinnesbehinderung? ja nein

sehbehindert

blind

schwerhörig

gehörlos

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

4.3 Besteht eine Sprachbehinderung? ja nein

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag: _____

4.4 Besteht eine geistige Behinderung? ja nein

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

4.5 Besteht eine seelische/ psychische Behinderung? ja nein

4.6 Beschreiben Sie bitte in welchen Situationen eine Überforderung oder Stress entsteht:

4.7 Bitte beschreiben sie wie die Reaktion auf Stress und/oder Überforderung aussieht?

4.8 Hat die Behinderung Auswirkung auf den sozialen Kontakt zu anderen Menschen? (z.B. Autismus, Lärmempfindlichkeit, Angst vor großen Gruppen)

ja nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte diese Auswirkungen:

4.8 Gibt es einen Schwerbehindertenausweis ja nein

Grad der Behinderung: _____% Bereiche: **B** **H** **G** andere: _____

5. Angaben zum Gesundheitszustand und zu gesundheitlichen Risiken

5.1 Besteht ein Anfallsleiden? ja nein

Beschreiben Sie die Art, die Häufigkeit und den Beaufsichtigungsbedarf der Anfälle:

5.2 Bestehen weitere Erkrankungen? ja o nein o

Wenn ja, benennen und beschreiben Sie bitte die Erkrankung:

5.3 Hat die Erkrankung Auswirkungen auf den sozialen Kontakt zu anderen Menschen? ja o nein o

Wenn ja, beschreiben Sie bitte diese Auswirkungen:

5.4 Ist eine regelmäßige ärztliche Behandlung erforderlich? ja o nein o

wöchentlich o monatlich o halbjährlich o

5.5 Ist die regelmäßige Einnahme von Medikamenten erforderlich? ja o nein o

5.6 Ist eine Hilfe bei der Medikamenteneinnahme erforderlich? ja o nein o

5.7 Muss eine Diät eingehalten werden? ja o nein o

Welche Diätform:

5.8 Hat der Interessent/die Interessentin Allergien? ja o nein o

Wenn ja, auf was wird allergisch reagiert:

6. Angaben zur Einstufung/ Kostenübernahme

Wurde ein Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialhilfeträger gestellt? ja o nein o

Antrag gestellt am: _____

6.1 Hat eine Einstufung in eine Hilfeempfängergruppe (HEG) durch den Sozialhilfeträger bereits stattgefunden? ja o nein o

Welche Hilfeempfängergruppe wurde festgestellt?

Gruppe 1 o Gruppe 2 o Gruppe 3 o Gruppe 4 o Gruppe 5 o

6.2 Welche Pflegestufe besteht? I o II o III o Keine o

6.3 Wer ist der Kostenträger und wird die Kosten übernehmen:

7. Angaben zum Hilfebedarf

7.1 Ist der Interessent/die Interessentin in der Lage, eigene Bedürfnisse zu artikulieren oder zu signalisieren? ja o nein o

7.2 Ist Hilfe beim An- und Auskleiden erforderlich? ja o nein o

7.3 Ist Hilfe bei der Körperpflege erforderlich? ja o nein o

Wenn ja, wann wird diese Hilfe verstärkt benötigt? morgens o abends o

In welcher Form muss die Hilfe geleistet werden? _____

7.4 Ist Hilfe bei Toilettengängen erforderlich? ja o nein o

Ist eine besondere Hilfestellung notwendig? ja o nein o

Worin besteht diese? _____

7.5 Werden Hilfestellungen bei den Mahlzeiten benötigt? ja o nein o

Wenn ja, in welcher Form?

7.6 Ist eine Begleitung bei der Freizeitgestaltung erforderlich? ja o nein o

Ist dabei eine besondere Hilfestellung notwendig? ja o nein o

Worin besteht diese? _____

7.7 Ist eine nächtliche Betreuung notwendig? ja o nein o

Wenn ja, in welcher Form (Nachtbereitschaft oder Nachtwache):

Gibt es einen geregelten Tag/ Nacht Rhythmus? ja o nein o

Wenn ja, zu welcher Uhrzeit geht der Interessent/ die Interessentin schlafen und zu welcher Uhrzeit steht er/sie auf:

schlafen gehen: _____ Uhr

aufstehen: _____ Uhr

7.8 Werden aktuell Therapien besucht? ja o nein o

Ergotherapie o Physiotherapie o Logopädie o andere o

Wie häufig finden die Therapien statt:

Ist eine Begleitung zu speziellen Therapien/Ärzten notwendig? ja o nein o

7.9 Besteht eine Orientierungslosigkeit? ja o nein o

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

7.10 Können Gefahren eingeschätzt werden(z.B. Im Straßenverkehr) ja o nein o

Wenn nicht, beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

8. Angaben zur derzeitigen Beschäftigung (Schulbesuch, Ausbildung, Tätigkeit o.ä.)

Schule? Welche? _____

Arbeit in einer Werkstatt? Name? _____

Tagesstätten-Besuch? Name? _____

andere Tätigkeit? Wo? _____

keine Tätigkeit/Beschäftigung

Selbstfahrer/in (d.h. fährt allein zur Arbeit/Schule usw.)

Nutzt den Fahrdienst

9. Welche weiteren Informationen sind für uns möglicherweise wichtig, worauf sollte besonders geachtet werden:

Der Interessent / die Interessentin stimmt zu, dass die in diesem Anmeldebogen personenbezogenen Daten erfasst, gespeichert und weiter gegeben werden, sofern dies für die Vermittlung eines Wohnangebotes notwendig ist.

ja o nein o

Ort, Datum

Unterschrift des Interessenten/der Interessentin
(wenn möglich)

Ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertretung