

# WOHNPLATZANFRAGE

Datum: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt von: (Name) \_\_\_\_\_

als  rechtliche Vertretung  BetreuerIn  Verwandte/r  sonst: \_\_\_\_\_

Kontakttelefonnummer: \_\_\_\_\_

Bedarf			
<input type="checkbox"/> vollbetreutes Wohnen (Wohngemeinschaft)		<input type="checkbox"/> teilbetreutes Wohnen (Mobile Wohnbegleitung)	
Bewilligung FSW	<input type="checkbox"/> vorhanden	Bewilligung FSW	<input type="checkbox"/> vorhanden
	Leistungsstufe:		Leistungsstufe:
	gültig bis:		gültig bis:
	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
	<input type="checkbox"/> angesucht am,		<input type="checkbox"/> angesucht am,
Wohnung vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

**Gewünschter Zeitpunkt der Aufnahme:**

Persönliche Daten	
Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsbürgerschaft:	Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Sozialversicherungsnummer:	mitversichert bei:
Versicherungsträger:	Pflegegeldstufe:
Wohnadresse derzeit /betreut durch:	Telefon/E-Mail
Rechtliche Vertretung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt, am	
Wenn ja: Name, Adresse und Telefonnummer der rechtlichen Vertretung:	

(Bitte Kopie der Vertretungsurkunde bzw. Vertretungsbefugnis beilegen)

### Arbeitssituation

Arbeit/Beschäftigung/Tagesstruktur/Qualifizierungsmaßnahme

Arbeitszeiten:

Bewältigung des Arbeitsweges:

- mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- Fahrtendienst
- Fahrtendienst mit Begleitung

### Einkommen und finanzielle Situation

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen         | <input type="checkbox"/> Pension          |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte/Familienbeihilfe | <input type="checkbox"/> Pflegegeld       |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld         | <input type="checkbox"/> Mindestsicherung |
| <input type="checkbox"/> Notstandhilfe            | <input type="checkbox"/> Wohnbeihilfe     |
| <input type="checkbox"/> Mietbeihilfe             | <input type="checkbox"/> sonstige Bezüge: |

### Diagnosen

In welchen Bereich liegt die Beeinträchtigung?

Bereich	Diagnose	lt. Befund (Datum)
<input type="checkbox"/> intellektuelle Beeinträchtigung		
<input type="checkbox"/> psychische Beeinträchtigung		
<input type="checkbox"/> körperliche Beeinträchtigung		

### Wobei wird Unterstützung benötigt?

Medizinischer Bereich					
Aktuelle Medikation	Früh	Mittag	Nachmittag	Abend	Nacht
Rezeptgebührenbefreiung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
EpileptikerIn <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Beschreibung (Häufigkeit von Anfällen, Schwere, etc.):					
Bestehen chronische Krankheiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?					
Gab es Psychatrieaufenthalte? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Beschreibung (Spital, Länge es Aufenthalts, Jahr)					
Besteht eine Suchtkrankheit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?					
Werden Therapieangebote wahrgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?					
Sonstige wichtige Informationen im medizinischen Bereich:					
Unterstützungsbedarf im pflegerisch/medizinischen Bereich:					

Verhalten
<p>Gab es in der Vergangenheit Formen von Selbstaggressionen (selbstverletzendes Verhalten)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, in welcher Form?</p>
<p>Gab es Formen von Fremdaggressionen (Attacken gegen andere Personen)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, in welcher Form?</p>
<p>Neigung zu Vandalismus oder Sachbeschädigung (z.B. Zündeln )?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, in welcher Form?</p>
<p>Gibt es Vorstrafen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

Freizeitgestaltung
<p>Wie wird hauptsächlich die Freizeit gestaltet? Gibt es besondere Interessen bzw. Hobbys?</p>

Angehörige und wichtige Bezugspersonen (Name, Adresse und Telefonnummer)



Diese Kinderbetreuungseinrichtung wird durch die Magistratsabteilung 10 aus öffentlichen Mitteln gefördert



**Persönliche Erwartungen, Wünsche an die Institution**

Welche Erwartungen haben Sie an die Wohngemeinschaft bzw. an die Mobile Wohnbegleitung?

Gibt es noch Informationen, die für die Betreuung wichtig wären?

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(der auskunftsgibenden Person)

Bitte ausgefüllt senden an:

**Sozialwerke Clara Fey**

*Wohnen für Erwachsene*

z.H. Stefan Pack, MA

Stefan Esders Platz 1

1190 Wien

Tel.: 01/ 320 14 31 - 42

pack@sozialwerke-clara-fey.at



Gefördert vom  
Fonds Soziales Wien,  
aus Mitteln der Stadt Wien



Diese Kinderbetreuungseinrichtung  
wird durch die Magistratsabteilung 10  
aus öffentlichen Mitteln gefördert

