

WOHNPLATZANFRAGE

Datum: _____

Ausgefüllt von: (Name) _____

als Erwachsenenvertretung Betreuer:in Angehörige:r Sonst: _____

Kontakttelefonnummer: _____

Bedarf

Vollbetreutes Wohnen

Teilbetreutes Wohnen

Bewilligung FSW

vorhanden

Leistungsstufe:

gültig bis:

nicht vorhanden

angesucht am,

Bewilligung FSW

vorhanden

Leistungsstufe:

gültig bis:

nicht vorhanden

angesucht am,

Wohnung vorhanden: Ja Nein

Gewünschter Zeitpunkt der Aufnahme:

Persönliche Daten

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsbürgerschaft:

Geschlecht: weiblich männlich

Sozialversicherungsnummer:

mitversichert bei:

Versicherungsträger:

Pflegegeldstufe:

Wohnadresse derzeit /betreut durch:

Telefon/E-Mail

Erwachsenenvertretung: Ja Nein 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: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mit öffentlichen Verkehrsmitteln <input type="checkbox"/> Fahrtendienst <input type="checkbox"/> 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 |
| Epileptiker:in <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 Psychiatrieaufenthalte? <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

Gab es in der Vergangenheit Formen von Selbstaggressionen (selbstverletzendes Verhalten)?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form?

Gab es Formen von Fremdaggressionen (Attacken gegen andere Personen)?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form?

Neigung zu Vandalismus oder Sachbeschädigung (z.B. Zündeln)?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form?

Gibt es Vorstrafen?

Ja Nein

Freizeitgestaltung

Wie wird hauptsächlich die Freizeit gestaltet? Gibt es besondere Interessen bzw. Hobbys?

Angehörige und wichtige Bezugspersonen (Name, Adresse und Telefonnummer)

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

(auskunftgebende 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