

# WOHNPLATZANFRAGE

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

Ausgefüllt von: (Name) \_\_\_\_\_

als ☐ Erwachsenenvertretung ☐ Betreuer:in ☐ Angehörige:r ☐ Sonst: \_\_\_\_\_

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

| Bedarf                                        |                                          |                                                                              |                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollbetreutes Wohnen |                                          | <input type="checkbox"/> Teilbetreutes Wohnen                                |                                          |
| 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"/> divers <input type="checkbox"/> |
| 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:

- ☐ 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 ☐ Ja ☐ Nein

Epileptiker:in ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Beschreibung (Häufigkeit von Anfällen, Schwere, etc.):

Bestehen chronische Krankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Gab es Psychiatrieaufenthalte? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Beschreibung (Spital, Länge des Aufenthalts, Jahr)

Besteht eine Suchtkrankheit? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

|                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Werden Therapieangebote wahrgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, welche?</p> |
| <p>Sonstige wichtige Informationen im medizinischen Bereich:</p>                                                               |
| <p>Unterstützungsbedarf im pflegerischen/medizinischen Bereich:</p>                                                            |

| 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

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. Benedikt Emmrich

Stefan Esders Platz 1

1190 Wien

Tel.: 0660/ 880 91 47

[emmrich@sozialwerke-clara-fey.at](mailto:emmrich@sozialwerke-clara-fey.at)