

**Betreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung**

Rot-Kreuz-Platz 1, 95326 Kulmbach

Telefon: (09221) 9745-6000 oder (09221) 9745-6411

Fax: (09221) 9745-7000

**Anmeldebogen für das Betreute Einzelwohnen**

**Persönliche Daten:**

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_  
Kinder: \_\_\_\_\_

**Besteht eine gesetzliche Betreuung?** ja  nein

Wenn ja, Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Aufgabenkreise: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_

pfllichtversichert  familienversichert  freiwillig versichert

**Befreiungen:**

GEZ ja  nein

Zuzahlungen Krankenkasse ja  nein

Schwerbehindertenausweis ja  nein  GdB \_\_\_\_\_ %

Merkzeichen \_\_\_\_\_



**Aktuelle Medikation:**

Medikament	früh	mittag	abends	nachts	Bedarf

Missbrauch von Alkohol in der Vergangenheit oder aktuell: ja  nein

Medikamentenmissbrauch in der Vergangenheit oder aktuell: ja  nein

Missbrauch von anderen Drogen in der Vergangenheit oder aktuell: ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sind Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC) bekannt? (freiwillige Angabe) ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Was ist zu beachten (z.B. in Rückfall- Belastungssituationen, Anzeichen beginnender Krisen):**

---

---

---

---

---

---

**Sind Sie vorbestraft?** ja  nein

Genaue Aufzählung der begangenen Straftaten:

---

---

---

---

---

---

Bisherige Aufenthalte im Gefängnis oder Maßregelvollzug ja  nein

**Angehörige /** \_\_\_\_\_  
**Bezugspersonen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Schule / Abschlüsse:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ausbildung:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beruflicher Werdegang:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Berufstätigkeit?** ja  nein

beschäftigt bei (Name, Anschrift): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Arbeitszeit:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hobbies:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Warum möchte ich in einer Wohngemeinschaft leben?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Warum möchte ich betreutes Einzelwohnen in Anspruch nehmen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**In welchen der folgenden Lebensbereiche wünsche ich mir Unterstützung und welche Ziele möchte ich erreichen?**

1. Im Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Kontakte:

---

---

---

---

---

---

2. Im Bereich Wohnen und Selbstversorgung:

---

---

---

---

---

---

3. Im Bereich Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten oder Ausbildung:

---

---

---

---

---

---

4. Im Bereich Tagesstrukturierung, Freizeitgestaltung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben:

---

---

---

---

---

---

5. Im Umgang mit meiner Erkrankung und mit meinen Einschränkungen (dadurch):

---

---

---

---

---

---

6. In sonstigen Lebensbereichen:

---

---

---

---

---

---

**Wurde bereits ein Antrag auf Kostenübernahme an den Bezirk Oberfranken gestellt?**

nein

ja  am \_\_\_\_\_

**Finanzielle Verhältnisse:**

- Beziehen Sie  Einkommen \_\_\_\_\_ (Höhe)
- Rente \_\_\_\_\_ (Höhe / Bewilligungszeitraum)
- ALG 2 \_\_\_\_\_ (Höhe / Bewilligungszeitraum)
- Krankengeld \_\_\_\_\_ (Höhe / Bewilligungszeitraum)
- Sonstiges \_\_\_\_\_ (Höhe / Bewilligungszeitraum)

Besitzen Sie  Vermögen über 5000 €

Haus oder Grund

Lebensversicherung