

Betreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung

Flessastraße 1, 95326 Kulmbach

Telefon: (09221) 690 98 17

Fax: (09221) 9745-415

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: _____

pflchtigversichert 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
- Haus oder Grund
- Lebensversicherung