

Warteliste für den Wohnbereich der AFbJ

Allgemeines:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail

Arbeitgeber/WfbM

Krankenkasse

privat

gesetzlich

Leistungen (Therapie)

Aktenzeichen LVR (falls vorhanden)

LT

HBC

Aktuelle Wohnform:

Elternhaus

Besondere Wohnform

Betreute Wohnform

Sonstiges: _____

Einzugswunsch:

Ab wann kommt ein Einzug in Frage?

Bevorzugte Wohnform:

Stationäre Wohnform

Betreute Wohnform

Behinderungsform, Diagnosen, Grad der Behinderung, Pflegegrad:

Behinderungsform

Grad der Behinderung

Diagnosen

kein Pflegegrad

1

2

3

4

5

Hilfsmittel (Rollstuhl, Duschstuhl, Sehhilfe, Schutzhosen etc.)

Besonderheiten (Pflege, Psychisch, Weglauftendenzen, Herausfordernde Verhaltensweisen, Fremdagressivität etc.)

Besonderheiten im Alltag (Lärmempfindlichkeit, gestörter Tag-/Nachtrythmus etc.)

Sonstiges (Gerne können Sie auch ausführlichere Dinge, auf einem Beiblatt ergänzen)

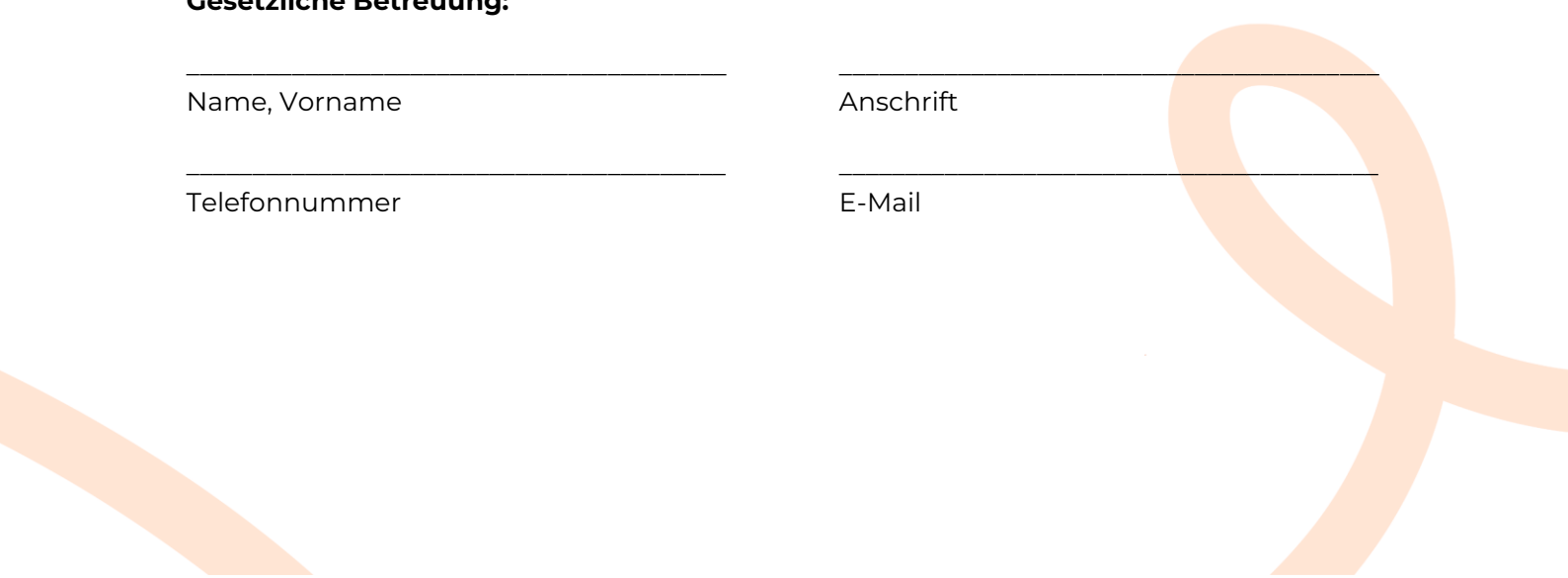
Gesetzliche Betreuung:

Name, Vorname

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail



Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift ausdrücklich damit einverstanden, dass alle Unterlagen intern eingesehen werden können.

Ebenso dürfen die Daten der Warteliste, sowie beigefügte Anlagen zur Bearbeitung weitergeleitet und auch archiviert werden. – Ich stimme der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten ausdrücklich zu.

Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu widerrufen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Interessent*in / gesetzliche
Betreuung