

Anfragebogen für

- Leistung Tagesstätte Maria Ponsee, Maria Ponsee 8, 3454 Maria Ponsee
 Leistung vollbetreutes Wohnen Maria Ponsee, Maria Ponsee 14, 3454 Maria Ponsee

Die Aufnahme von Teilnehmer:innen/Bewohner:innen erfolgt nach Zustimmung des Landes NÖ.

Angaben zur Person:	
Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsbürgerschaft:	Geschlecht: männl <input type="checkbox"/> weibl <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Sozialversicherungsnummer:	Mitversichert bei:
Versicherungsträger:	Pflegegeldstufe:
Adresse: _____	
wohne alleine <input type="checkbox"/> wohne bei Angehörigen <input type="checkbox"/> wohne betreut durch eine Organisation <input type="checkbox"/>	
Tel:	e-mail:
Beschäftigung: _____	
Arbeit <input type="checkbox"/> Tagesstätte <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/>	
Einkommen: _____	
AMS <input type="checkbox"/> Mindestsicherung <input type="checkbox"/> erhöhte Familienbeihilfe <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	
Der Standort Maria Ponsee ist öffentlich nicht erreichbar	
Mobilität: ich benötige einen Fahrtendienst <input type="checkbox"/> ich werde gefahren <input type="checkbox"/> ich fahre selbst <input type="checkbox"/>	
Kontaktdaten:	
Kontaktperson: (Name/Adresse/Institution/Tel/e-mail)	

Rechtliche Vertreter:in: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Name/Adresse/Tel/e-mail)
Angaben zur Unterstützung:
Diagnose(n): _____ Intellektuelle Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Psychische Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Körperliche Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Sinnesbeeinträchtigung <input type="checkbox"/>
Wobei benötigen Sie Unterstützung:
Welche Tätigkeiten machen Sie gerne:
Was ist Ihnen wichtig uns mitzuteilen:

Ich bin mit der EDV-mäßigen Verarbeitung innerhalb BALANCE einverstanden.

Datum:

Unterschrift: