## Schriftlogo_2012

## **Wohnplatzanfrage/ Fragebogen**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wohnplatzanfrage für**

**□ Wohngemeinschaft (vollbetreutes Wohnen)**

**□ Mobile Betreuung (teilbetreutes Wohnen)**

# **Persönliche Daten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Geburtsdatum: | Geburtsort: |

Derzeitige Wohnadresse/ Betreute Wohnform:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel./ Email:

Versicherungsträger/ Sozialversicherungsnummer:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ selbstversichert

 □ mitversichert

*(Zutreffendes bitte ankreuzen!)*

Staatsbürgerschaft:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Gesetzliche Vertretung**

SachwalterIn □ JA □ NEIN □ Andere:

Name

Adresse

Tel./ FAX

 **(Bitte Kopie der Sachwalterschaftsurkunde beilegen!)**

* **Eltern, Angehörige oder nahe stehende Person**

Name

Adresse

Tel./ FAX

### BEWILLIGUNG für Kostenübernahme VORHANDEN?

□ Fonds Soziales Wien □ Anderer Kostenträger:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Für: □ vollbetreutes Wohnen (Wohngemeinschaft)

 □ Mobile Betreuung

 □ Tagesstruktur

 □ Fahrtendienst

***Bitte Kopie der Bewilligung(en) beilegen!***

* **Wenn die Bewilligung für Kostenübernahme NICHT vorhanden ist:**

Wurde ein Antrag auf Behindertenhilfe gestellt?

 □ JA / Datum: □ NEIN

Wo?/ Kostenträger/ Behörde:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Für: □ vollbetreutes Wohnen (Wohngemeinschaft)

 □ teilbetreutes Wohnen (Mobile Betreuung)

 □ Tagesstruktur

 □ Fahrtendienst

* + **Bestehende Beeinträchtigungen** **(Zutreffendes bitte ankreuzen!)**

 □ geistige Behinderung □ Hörbehinderung

 □ psychische Erkrankung □ Sehbehinderung

 □ körperliche Beeinträchtigung □ chronisch somatische Erkrankung

 □ RollstuhlfahrerIn

* **Medizinische bzw. psychiatrische Diagnose(n)**

(**Bitte die letzten Befunde beilegen!**)

Finanzielle Einkommenssituation (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

|  |  |
| --- | --- |
| Erwerbseinkommen |  |
| Pension |  |
| SozialhilfeArbeitslosengeld/ Notstandshilfe |  |
| Pflegegeld  | **Stufe:** |
| Erhöhte/ Familienbeihilfe |  |

Derzeitige **Arbeitsstelle/ Beschäftigung/Tagesstruktur (Adresse):**

# **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# **Fähigkeiten/ Betreuungsbedarf** (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Selbständig | Mit Beistand und kleinen Hilfen selbständig | Regelmäßige Unterstützung ist notwendig | Vollständig abhängig von Hilfe |
| Alltagstätigkeiten |  |  |  |  |
| Finanzielle Angelegenheiten |  |  |  |  |
| Psychische und soziale Probleme bewältigen |  |  |  |  |
| Duschen/ Waschen |  |  |  |  |
| WC |  |  |  |  |
| Essen/ Trinken |  |  |  |  |
| Mobilität |  |  |  |  |
| Räumliche Orientierung |  |  |  |  |
| Zeitliche Orientierung (Uhrzeit, Termine) |  |  |  |  |
| Sonstige: |  |  |  |  |

* **Sprachliche Verständigung:**

□ gute Sprachverständigung

□ spricht einzelne Worte

□ zeigt Bedürfnisse

□ non-verbale Kommunikation (ohne Worte)

* **Hilfsmittel:**

□ Rollstuhl □ Pflegebett

□ Rollator □ Hebelifter

□ Hörgerät □ Andere:

* **Medizinischer Bedarf**

□ Epilepsie □ Spezielle medizinische Pflegeerfordernisse

□ Allergien □ Sondenernährung

□ Diät □ Insulin

□ Psychiatrische Behandlung Wann zuletzt:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Suchtkrankheiten/ Substanzabhängigkeit

 □ Alkohol

 □ Andere:

* **Welche besonderen Bedürfnisse sollen von der Wohnbetreuung berücksichtigt werden?**
	+ **Was erwarten Sie von der Wohnbetreuung?**
* **Kontaktperson für weitere Bearbeitung**

|  |
| --- |
|  |

**Ausgefüllt durch: Datum:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Bitte senden Sie die Wohnplatzanfrage an:***

**BALANCE Leben ohne Barrieren** oder: **E-Mail: sozialarbeit@balance.at**

**Hochheimgasse 1**

**1130 Wien**  oder: **FAX: (0043 1) 804 87 33 - 8050**

Nach Erhalt der ausgefüllten Wohnplatzanfrage nehmen wir Kontakt mit Ihnen auf, um die weitere Vorgangsweise zu besprechen.

Für weitere Fragen wenden Sie sich bitte an:

Tel.: 804 87 33

Email: sozialarbeit@balance.at

***Auszufüllen von BALANCE: ANMERKUNGEN:***

*□ W1 = MAX1+2*  ***Bedarf Tagesstruktur:***

*□ W2 = BÖCK; SOHO □ basale Gruppe*

*□ W3 = MAX3 □ Kreativgruppe*

*□ W4 = SOZPÄD □ Arbeitsgruppe*

*□ W5 = MOBI Dringlichkeit:*

*□ W6 = ITB □ akut*

*□ W7 = SALZ □ innerhalb eines Jahres*

*□ W8 = MAPO*