

## VORANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Für*	Wohngruppe	Langzeitreha SHV <sup>1</sup>	Einzelwohnen	Jugendwohnen	Teilbetreutes Wohnen	Tagesstruktur FA <sup>2</sup> (inkl. IB <sup>3</sup> )	Mobile Betreuung und Hilfe
Linz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Vöcklabruck	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steyr	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Altenhof	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gallspach	<input type="checkbox"/> SHV <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SHV <sup>1</sup>				
Wels						<input type="checkbox"/>	

\* bitte Zutreffendes ankreuzen

### Stammdaten

1. Familienname:

2. Geburtsname:

3. Vorname(n):

4. geboren am: in (Ort und ggf. Staat):

5. gemeldeter Hauptwohnsitz (PLZ Ort):

6. Straße: Nr./St./Tür

7. Telefon:

8. E-Mail:

9. Staatsbürgerschaft:

10. Religionsbekenntnis (Angabe freiwillig): 11. ausgeübter Beruf:

12. Schul- und Fachausbildung:

13. Familienstand:

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> verwitwet seit:
<input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> verheiratet seit:	- wenn ja → Frage 14, sonst Frage 15

14. Name und Geburtsdatum des Ehepartners:

15. Sind Sie sozialversichert?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sozialversicherungsnummer:
-------------------------------	-----------------------------	----------------------------

Welcher Krankenkasse gehören Sie an?

<sup>1</sup> SHV = Zielgruppe sind Menschen nach Schädel-Hirn-Verletzungen

<sup>2</sup> FA = Fähigkeitsorientierte Aktivität nach OÖ. ChG

<sup>3</sup> IB = Integrative Beschäftigung (Tätigkeit in Kooperationsbetrieben) im Rahmen der FA

16. Beziehen Sie eine Pension?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - von welcher/n Institution/en?	
Antrag wurde gestellt am:		bei:

17. Beziehen Sie ein sonstiges Einkommen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - von welcher/n Institution/en?
-------------------------------	---

18. Beziehen Sie Pflegegeld?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Stufe:	monatlich: €
Auszahlende Stelle:			
Antrag gestellt am:			

19. Wird für Sie Familienbeihilfe bezogen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - in der Höhe von: €	BeihilfenbezieherIn ist:
-------------------------------	--	--------------------------

20. Bei bestehender Erwachsenenvertretung bzw. Vorsorgevollmacht: Kontaktdaten der Erwachsenenvertretung oder Vorsorgebevollmächtigten:

Belange:	
Tel.:	E-Mail:

21. Name **und** Anschrift der nächsten Angehörigen/Vertrauensperson:

Beziehungsverhältnis:			Tel.:	E-Mail:
-----------------------	--	--	-------	---------

## Angaben zur Beeinträchtigung und zur benötigten Betreuung

22. Welcher Art ist Ihre Beeinträchtigung (medizinische Diagnose/n)?

--

23. Seit wann besteht Ihre Beeinträchtigung?

<input type="checkbox"/> seit Geburt	seit:
--------------------------------------	-------

24. Hilfestellung benötigen Sie:

<input type="checkbox"/> bei der Körperpflege:		
<input type="checkbox"/> bei der Grundversorgung:		
<input type="checkbox"/> bei der Selbstorganisation:		
<input type="checkbox"/> bei der Freizeitgestaltung:		
Im zeitlichen Ausmaß von ca.:	Stunden pro <input type="checkbox"/> Tag / <input type="checkbox"/> Woche	<input type="checkbox"/> rund um die Uhr

25. Sind Sie...

<input type="checkbox"/> gehfähig	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmitteln:	
<input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer:	<input type="checkbox"/> Handrollstuhl	<input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl
<input type="checkbox"/> nicht in der Lage, sich selbständig fortzubewegen		

26. Welcher Arzt betreut Sie (**Hausarzt**, Name, Anschrift, Tel.; **Facharzt**, Name, Anschrift, Tel.)?


27. Nehmen Sie derzeit soziale Dienste in Anspruch (Hauskrankenpflege, mobile Dienste, Therapien, etc.)?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - welche:
von welchem Dienstleister:	

28. Wie füllen Sie derzeit Ihren Alltag aus (Freizeitbeschäftigungen, Hobbies)?

29. Wo wohnen Sie aktuell (Postadresse)?

30. Wer lebt mit Ihnen im Haushalt (Name und Beziehungsverhältnis)?

31. Welche Erwartungen haben Sie an Ihre zukünftige Betreuung/an unsere Einrichtung?

32. Ihr gewünschter Betreuungsbeginn/Einzugstermin?

33. Wurde bereits eine Bedarfsmeldung (Formular Land OÖ. SGD-So/E-14) für die gewünschten Leistungen bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde gestellt? (nur für Aufnahmewerber aus OÖ.)

<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja - beim der Bezirkshauptmannschaft/Magistrat :

*„Hiermit melde ich mein Interesse zur Aufnahme bei Assista Soziale Dienste GmbH an. Aufgrund dieser Voranmeldung kann ich keinen Anspruch auf eine Aufnahme ableiten.“*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift AufnahmewerberIn

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gewählte oder  
gesetzliche Vertretung

Raum für sonstige Mitteilungen:

Bitte ergänzen Sie diesen Voranmeldebogen unbedingt mit folgenden Unterlagen (in Kopie):

- aussagekräftige Befunde und Therapieberichte
- Nachweis über die Erwachsenenvertretung, bzw. Vorsorgevollmacht (soweit vorhanden)

Bitte beachten Sie: die Anmeldeunterlagen werden 5 Jahre nach Einlangen in Evidenz gehalten. Sollte es innerhalb dieser Zeit zu keiner Aufnahme kommen, werden die Daten und Unterlagen aufgrund von Datenschutzgründen anonymisiert. Wenn Sie möchten, dass Ihre Aufnahmeunterlagen länger in Evidenz gehalten werden, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Wir laden Sie zum Kennenlernen und zum Vorstellen unserer Einrichtung zu einem Erstgespräch in die von Ihnen gewünschte Wohn- oder Betreuungsform ein. Zur Terminvereinbarung setzen Sie sich bitte nach Absenden der vollständigen Unterlagen mit uns in Verbindung.

Den vollständig ausgefüllten Voranmeldebogen inkl. der Unterlagen (in Kopie) senden Sie bitte an:

Assista Soziale Dienste GmbH  
Fachdienst Soziale Arbeit  
Hueb 10, 4674 Altenhof/H.  
Tel.: 07735/6631 DW 206 oder DW 9206  
Fax: 07735/6631-699  
[wohnen@assista.org](mailto:wohnen@assista.org)

