

VORANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Für*	Wohn- gruppe	Sozialpädagog. Langzeit- Rehabilitation	Einzel- wohnen	Jugend- wohnen	Teil- betreutes Wohnen	Tages- struktur FA ² (inkl. IB ³)	Mobile Betreuung und Hilfe	Begleitetes Wohnen
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"/> eHS ¹	<input type="checkbox"/> eHS ¹	<input type="checkbox"/> eHS ¹					<input type="checkbox"/> eHS ¹
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:

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?

--

¹ eHS = Zielgruppe sind Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen

² FA = Fähigkeitsorientierte Aktivität nach OÖ. ChG

³ IB = Integrative Beschäftigung (Tätigkeit in Kooperationsbetrieben) im Rahmen der FA

16. Beziehen Sie eine Pension?

nein ja - von welcher/n Anstalt/en?

Antrag wurde gestellt am: _____ bei: _____

17. Beziehen Sie ein sonstiges Einkommen?

nein ja - von welcher/n Institution/en?

18. Beziehen Sie Pflegegeld?

nein ja Stufe: _____ monatlich: € _____

auszahlende Stelle: _____

Antrag wurde gestellt am: _____ bei: _____

19. Wird für Sie Familienbeihilfe bezogen?

nein ja - in der Höhe von: € _____ Beihilfenbezieher ist: _____

20. Bei gültiger Erwachsenenvertretung od. Vorsorgevollmacht - Kontaktdaten der Vertretung (Name, Anschrift, Tel.)

Tel.: _____ E-Mail: _____

Belange: _____

21. Name und Anschrift der nächsten Angehörigen* / Vertrauensperson*: (* nicht Zutreffendes bitte streichen)

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

Angaben zur Behinderung und zur benötigten Unterstützung

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

23. Seit wann besteht Ihre Behinderung?

seit Geburt seit: _____

24. Hilfestellung benötigen Sie:

- bei der Körperpflege:
- bei der Grundversorgung:
- bei der Selbstorganisation:
- bei der Freizeitgestaltung:

im zeitlichen Ausmaß von ca.: _____ Stunden pro Tag* / Woche* rund um die Uhr

25. Sind Sie ...

- gehfähig mit Hilfsmitteln:
- RollstuhlfahrerIn: Handrollstuhl Elektrorollstuhl
- nicht in der Lage, sich selbständig fortzubewegen

26. Welche Ärzte betreuen Sie (Name, Anschrift, Tel.)?

Hausarzt: _____

Facharzt: _____

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

nein 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.)

- nein
 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 fünf 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
soziale-arbeit@assista.org

