

## VORANMELDUNG ZUR AUFNAHME

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

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:
-------------------------------	-----------------------------	----------------------------

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

--

<sup>1</sup> eHS = Zielgruppe sind Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen

<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?

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 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 Beeinträchtigung (medizinische Diagnose/n)?

23. Seit wann besteht Ihre Beeinträchtigung?

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)

*Wichtig: Wenn Sie sich anmelden, behalten wir Ihre Unterlagen für 5 Jahre.*

*Wenn Sie in dieser Zeit nicht aufgenommen werden,  
werden Ihre Daten und Unterlagen aus Datenschutz-Gründen anonymisiert.*

*Wenn Sie möchten, dass wir Ihre Unterlagen länger aufbewahren, müssen Sie uns kontaktieren.*

*Wir können Ihre Unterlagen nicht automatisch länger aufbewahren.*

*Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie diese Option wünschen.*

*Wir laden Sie zu einem ersten Gespräch ein.*

*Dabei können Sie unsere Einrichtung kennenlernen und sich vorstellen.*

*Wir freuen uns auf Sie!*

*Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie alle Unterlagen vollständig ausgefüllt haben.*

*Wir vereinbaren gerne einen Termin mit Ihnen.*

**Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Voranmelde-Bogen mit den Unterlagen (in Kopie) an uns:**

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](mailto:soziale-arbeit@assista.org)

