

ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Wir möchten ausdrücklich darauf hinweisen, dass mit dieser Anmeldung
KEIN Rechtsanspruch auf eine Leistung durch Assista besteht!

Für*	Wohn- gruppe	Sozialagog. Langzeit- Rehabilitation	Einzel- wohnen	Jugend- wohnen	Teil- betreutes Wohnen	Tages- struktur FA ² (inkl. IB ³)	Mobile Betreuung und Hilfe	Begleitetes Wohnen
Linz	☐		☐			☐		
Vöcklabruck	☐		☐	☐		☐	☐	
Steyr	☐		☐					
Altenhof	☐				☐	☐		
Gallspach	☐ eHS ¹	☐ eHS ¹	☐ eHS ¹					☐ eHS ¹
Wels						☐		

* 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:

Hier bitte Foto einfügen!

10. Religionsbekenntnis (optional):

11. ausgeübter Beruf:

12. Schul- und Fachausbildung:

13. Familienstand:

☐ ledig	☐ geschieden seit:	☐ verwitwet seit:
☐ in Lebensgemeinschaft	☐ verheiratet seit:	- wenn ja → Frage 14, sonst Frage 15

14. Name und Geburtsdatum des Ehepartners:

15. Sind Sie sozialversichert?

☐ nein	☐ ja	Sozialversicherungsnummer (optional):
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

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 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 bei Assista?

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 Anmeldung 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 Anmeldebogen 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 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 Anmeldebogen 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 9206 oder DW 206
Fax: 07735/6631-699
soziale-arbeit@assista.org
<https://www.assista.org/datenschutz/>

