

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	<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 (optional):

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 (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?

<input type="checkbox"/> 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:

„Ich möchte bei der Assista Soziale Dienste GmbH aufgenommen werden. Diese Anmeldung bedeutet nicht, dass ich sicher aufgenommen werde.“

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)

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 Anmeldebogen mit den Unterlagen (in Kopie) an uns:

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/>

