

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 ¹ (inkl. IB ²)	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 ³	<input type="checkbox"/> eHS ³	<input type="checkbox"/> eHS ³					<input type="checkbox"/> eHS ³
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):
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

Welcher Krankenkasse gehören Sie an?

--

¹ FA = Fähigkeitsorientierte Aktivität nach OÖ. ChG

² IB = Integrative Beschäftigung (Tätigkeit in Kooperationsbetrieben) im Rahmen der FA

³ eHS = Zielgruppe sind Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen

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 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 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.“

- Ich willige hiermit ein, dass meine Gesundheitsdaten zur Prüfung meiner Aufnahme verarbeitet und meine Anmeldeunterlagen dafür bis zu fünf Jahre nach Einlangen aufbewahrt werden dürfen.

Die erteilte Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@assista.org widerrufen. Ihre Daten werden nach Ablauf von fünf Jahren anonymisiert. Wenn Sie möchten, dass Ihre Aufnahmeunterlagen länger in Evidenz gehalten werden, können Sie sich mit uns in Verbindung setzen. Die erteilte Einwilligung ist freiwillig, ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten kann aber Ihre Anmeldung zur Aufnahme durch uns nicht geprüft werden. Nähere Hinweise zur vorgenommenen Datenverarbeitung finden Sie unter <https://www.assista.org/datenschutz/>.

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)

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
wohnen@assista.org

