

Ident. -Nr.: K 1.3.1	Wohnplatzanfragen	
-------------------------	--------------------------	--

Name der anfragenden Person: _____

Datum der Anfrage: _____

Die für eine Wohnplatzanfrage notwendigen Daten werden, soweit nicht im Einzelfall anders vereinbart, über einen Zeitraum von 12 Monaten gespeichert und im Anschluss datenschutzkonform gelöscht. Die Daten werden nur solchen Personen zugänglich gemacht, die am Anfrage- und Aufnahmeprozess der EJF gAG beteiligt sind.

Klientendaten

Anrede	_____
Name	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Adresse (Str./Nr.)	_____
PLZ/Ort	_____
gesprochene Sprache	_____
ggf. Urteil über Personensorgerecht	_____
aktuelle Wohnform	_____

Betreuerdaten (1. Betreuer)

Firma/Betreuungsbüro	_____
Anrede	_____
Titel	_____
Name	_____
Vorname	_____
Adresse (Str./Nr.)	_____
PLZ/Ort	_____
gesprochene Sprache	_____
ggf. Urteil über Personensorgerecht	_____

Wichtige Bezugspersonen (sofern nicht mit Betreuer/Angeh. identisch)

Name, Kontaktdaten	_____
Bezug zum Klienten	_____

Geeignete Wohnform

Wohneinrichtung für Menschen mit schwerstmehrfacher Behinderung
Wohneinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung
Wohngemeinschaft (WG)
Betreutes Einzelwohnen (BEW)
Betreutes Paarwohnen
Nachtwache erforderlich
Nachtbereitschaft erforderlich

Art der Einschränkung

mehrfache Behinderung
geistige Behinderung
körperliche Behinderung
seelische Behinderung
erworbene Behinderung
Menschen im Autismus-Spektrum
Prader-Willi-Syndrom

Ident. -Nr.: K 1.3.1	Wohnplatzanfragen	
-------------------------	--------------------------	--

Diagnosen (nach ICD)
weitere psych. Erkrankungen gehbehindert (Merkzeichen G) stark gehbehindert (Merkzeichen aG) rollstuhlpflichtig (Merkzeichen aG) weitere Merkzeichen aus dem SBA Sprachvermögen Hörvermögen

Besondere Erfordernisse
spezielle Behandlungspflegen besonderes Verhalten/Auffälligkeiten Beschreibung der Verhaltensweisen Suchtproblematik Freiheitsentziehende Maßnahmen Wenn ja, welche:

Externe Tagesstruktur
Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) Wenn ja, welche: _____ Fördergruppe _____ Wenn ja, welche: _____ BFB-TS _____ Wenn ja, welcher: _____ Schule _____ Wenn ja, bis: _____ Kein Angebot _____ Anfrage BFB-TS _____

Region/Termin
gewünschter Bezirk/gewünschte Region _____ gewünschter Termin _____ sofort _____ so schnell wie möglich _____ nicht dringend _____ langfristig (Zeitraum/Datum) _____

Sonstiges

Kontaktdaten:	Ort, Datum Unterschrift
---------------	--