

Erhebungsbogen für eine Wohnplatzvermittlung



An:

Lotse Berlin Region West:

Frau Doris Brandt

Babelsberger Straße 41

10715 Berlin

Tel: 030 / 85 72 84 15

Fax: 030 / 85 75 77 331

Adressat: Bewerberin/Bewerber

Damit wir Ihren Wünschen entsprechend tätig werden können, bitten wir um die folgenden Angaben.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name:

Geburtsdatum :

Vorname:

Tel:

Fax:

Email:

Adresse:

**Gesetzliche
Betreuung**

Name:

Anschrift:

Fax:

Bereiche:

Tel:

Email:

**Angaben zu
Bezugspersonen**

Mutter:

Adresse:

Vater:

Adresse:

Andere wichtige Bezugspersonen:

Wo leben Sie zur Zeit?

- Betreutes Einzelwohnen
- Betreute Wohngemeinschaft
- Heimeinrichtung
- bei den Eltern
- in einer eigenen Wohnung
- anders:

Adresse:

Telefon:

Ansprechpartner:

Telefon:

Schulische und berufliche Ausbildung

Welche Schulen haben Sie besucht ?

Welchen Schulabschluß haben Sie ?

Haben Sie an einer beruflichen Fördermaßnahme teilgenommen ?

Ja

Nein

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung ?

Ja

Nein

Welche ?

Arbeit Tagesstruktur

Sind Sie berufstätig ?

Ja

Nein

Adresse des Arbeitgebers:

Nehmen Sie an einer tagesstrukturierenden Maßnahme teil ?

Ja

Nein

Anschrift:

Art der Behinderung

Geistige Behinderung:

Körperliche Behinderung:

Mehrfache Behinderung:

Sonstige:

Ist eine Hilfebedarfsgruppe festgestellt worden?

 Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Pflegestufe: _____

Schwerbehinderung: _____ %

Benötigen Sie orthopädische Hilfsmittel?

 Ja Nein

Welche? _____

Medizinische Diagnose: _____

Einnahme von Medikamenten :

 Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Liegen psychische Auffälligkeiten vor? _____

Weitere Angaben zu Gesundheit und Behinderung: _____

Wohnformen

Welche Wohnform halten Sie für sich am geeignetsten?

- Wohnstätte für Menschen mit einer Schwerstmehrfachbehinderung
(Betreuung rund um die Uhr)
- Wohnstätte / Wohnheim
(Betreuung rund um die Uhr)
- Wohngemeinschaft
(täglich mehrstündige Betreuung ohne Nachtbetreuung)
- Betreutes Einzelwohnen
(tageweise mehrstündige Betreuung)
- Betreutes Paarwohnen
(tageweise mehrstündige Betreuung)
- Ich bin mir noch nicht sicher, welche Wohnform für mich die geeignete ist.
Ich wünsche weitere Beratung

Ich benötige einen betreuten Wohnplatz

zum _____

bevorzugt in folgenden Bezirken: _____

Was schätzen Sie, wie lange Sie betreut werden wollen?

Worin sehen Sie vor allem Ihren Betreuungsbedarf?

In welchen Bereichen brauchen Sie Unterstützung / Hilfestellung?

Aufstehen: Ja Teilweise Nein

Anziehen: Ja Teilweise Nein

Hygiene: Körper Ja Teilweise Nein

Toilettengang Ja Teilweise Nein

Kleidung Ja Teilweise Nein

Zimmer Ja Teilweise Nein

Nahrungsaufnahme: Ja Teilweise Nein

Kochen: Ja Teilweise Nein

Diät: Ja Teilweise Nein

Einkauf: Ja Teilweise Nein

Umgang mit Geld Ja Teilweise Nein

**Umgang mit Ämtern
und Behörden** Ja Teilweise Nein

Haben Sie besonderen Unterstützungsbedarf in bestimmten Situationen wie Kontaktaufnahme in fremder Umgebung, Einbindung in Gruppen, familiäre Kontakte etc.?

Liegen Kompetenzen vor?

- | | | | |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Lesen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Teilweise | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schreiben | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Teilweise | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sprechen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Teilweise | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hören | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Teilweise | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verkehrssicherheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Teilweise | <input type="checkbox"/> Nein |

Sind Sie nach einer Trainingsphase voraussichtlich in der Lage, den Weg zur Arbeit allein zu schaffen?

- Ja Nein

Sonstige Bemerkungen: _____

Freizeitbeschäftigung und besondere Interessen: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Angaben entsprechend dem Datenschutz erfasst und gespeichert werden.

Ich bin mit der Weitergabe der Daten zum Zweck der Vermittlung in eine betreute Wohnform einverstanden.

Datum:

Unterschrift:

Von wem ist der Fragebogen ausgefüllt worden ?

Über wen sollte der weitere Kontakt laufen ?

Adresse:

Telefon:

Fax:

Email: