

FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG FÜR EIN UNTERSTÜTZTES ARBEITSANGEBOT

Bitte ausgefüllt schicken an:

Leben mit Behinderung Hamburg
Frau Anke Krieten / Frau Antje Nötzel
Südring 36
22303 Hamburg

Dieser Fragebogen ist zum handschriftlichen Ausfüllen; zum Ausfüllen am PC benutzen Sie bitte die dafür vorgesehene Version.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit den Fragebogen vollständig und leserlich auszufüllen. Ein gut ausgefüllter Fragebogen ermöglicht es uns, ein passendes Angebot zu finden.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung, Sie erreichen uns unter Tel. 040- 270 790 927, Fax: 040-270 790 948, e-Mail: angebotsberatung@lmbhh.de.

1 Personalien

1.1 Name des Interessent/Interessentin:

Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____

1.2 Geburtsdatum: _____

1.3 Anschrift: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel./Fax: _____ E-Mail: _____

1.3.1 Wohnsituation:

bei den Eltern bei der Mutter bei dem Vater

in einer Wohneinrichtung, Name: _____

Anschrift: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel./Fax: _____ Ansprechpartner/in: _____

sonstiges, nämlich _____

1.4 Besteht eine rechtliche Betreuung? ja nein

1.5 Für welche Aufgaben ist der/die rechtliche Betreuer/in eingesetzt?

Vermögenssorge Gesundheitsvorsorge Aufenthaltsbestimmung

Behördenangelegenheiten

1.6 Name der rechtlichen Betreuerin/des rechtlichen Betreuers:

Anschrift: Straße: _____ Ort: _____ ggf. Zusatz: _____

E-Mail _____ Tel./Fax: _____

1.7 Besteht ein Unterbringungsbeschluss vom Betreuungsgericht? ja nein

Nähere Angaben: _____

1.8 Wer soll von uns über einen frei werdenden Tagesstättenplatz informiert werden?

2. Aufnahmetermin

Wann soll die Aufnahme in eine Tagesstätte erfolgen?

später, bitte das gewünschte Jahr eintragen _____

sofort, dringend

Begründung der Dringlichkeit: _____

3. Angaben zur Kostenübernahme

Wurde ein Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialhilfeträger gestellt? ja nein

Antrag gestellt am: _____

4. Angaben zur Art der Behinderung und Diagnosen

Bitte geben Sie hier die Diagnosen an: _____

4.1 Besteht eine Körperbehinderung? ja nein

Rollstuhlfahrer/in ja nein

Rollstuhlselbstfahrer/in ja nein

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

4.2 Besteht eine Sinnesbehinderung? ja nein

sehbehindert blind schwerhörig gehörlos

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag

4.3 Besteht eine Sprachbehinderung? ja nein

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

4.4 Besteht eine geistige Behinderung? ja nein

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

4.5 Besteht eine seelische Behinderung? ja nein

Beschreiben Sie bitte Situationen in denen eine Überforderung oder Stress entsteht.

Wie ist die Reaktion auf Sie auf Stress oder Überforderung?

4.6 Besteht eine Orientierungslosigkeit? ja nein

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

4.7 Können Gefahren eingeschätzt werden(z.B. Im Straßenverkehr) ja nein

Wenn nicht, beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

4.8 Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden? ja nein

Grad der Behinderung: _____ % Bereiche: **B** **H** **G**; andere: _____

5. Angaben zum Gesundheitszustand und zu gesundheitlichen Risiken

5.1 Besteht ein Anfallsleiden? ja nein

Beschreiben Sie die Art, die Häufigkeit der Anfälle und den Unterstützungsbedarf:

5.2 Bestehen weitere Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, benennen und beschreiben Sie bitte die Erkrankung:

5.3 Hat die Erkrankung Auswirkungen auf den sozialen Kontakt zu anderen Menschen?

ja nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte diese Auswirkungen:

5.4 Ist die regelmäßige Einnahme von Medikamenten erforderlich? ja nein

5.5 Ist eine Hilfe bei der Medikamenteneinnahme erforderlich? ja nein

5.6 Muss eine Diät eingehalten werden? ja nein

Welche Diätform:

5.7 Hat der Interessent/die Interessentin Allergien? ja nein

Wenn ja, auf was wird allergisch reagiert:

6. Angaben zum Hilfebedarf

6.1 Kann der Interessent/die Interessentin eigene Bedürfnisse artikulieren oder signalisieren?

ja nein

6.2 Ist Hilfe beim An- und Auskleiden erforderlich? ja nein

6.3 Ist Hilfe bei der Körperpflege erforderlich? ja nein

in welcher Form muss die Hilfe geleistet werden?

6.4 Ist Hilfe bei Toilettengängen erforderlich? ja nein

In welcher Form muss die Hilfe geleistet werden? _____

6.5 Werden Hilfestellungen bei den Mahlzeiten benötigt? ja nein

Wenn ja, in welcher Form?

6.6 Werden aktuell Therapien besucht? ja nein

Ergotherapie Physiotherapie Logopädie andere _____

Wie häufig finden die Therapien statt: _____

6.7 Werden im Alltag Hilfsmittel genutzt? ja nein

Wenn ja welche?: _____

6.8 Welcher Pflegegrad besteht? keiner 1 2 3 4 5

7. Angaben zur derzeitigen Beschäftigung
(Schulbesuch, Ausbildung, Tätigkeit o.ä.)

Schule? Welche: _____

Arbeit in einer Werkstatt? Name: _____

Tagesstätten-Besuch? Name: _____

andere Tätigkeit? Wo: _____

zurzeit keine Tätigkeit/Beschäftigung

Selbstfahrer/in (d.h. fährt allein zur Arbeit/Schule usw.)

Nutzt den Fahrdienst

8. Welche weiteren Informationen sind für uns möglicherweise wichtig, worauf sollte besonders geachtet werden:

9. Einwilligung in die Datenverarbeitung

Der Interessent / die Interessentin weiß, dass alle Angaben zur Person und zu Behinderungen und Beeinträchtigungen in diesem Fragebogen freiwillig sind. Leben mit Behinderung Hamburg benötigt jedoch so viele Informationen wie möglich, um dem Interessenten / der Interessentin ein passendes Angebot für einen Tagesstättenplatz machen zu können.

Leben mit Behinderung Hamburg speichert diese Informationen nur solange, wie es für die Vermittlung eines passenden Angebotes unbedingt nötig ist. Danach werden sie vernichtet. Die Information über Ihren Bedarf an einem unterstützten Arbeitsangebot wird an das Fachamt für Eingliederungshilfe weitergegeben. Zweck der Weitergabe ist es, dass das Fachamt die Finanzierung übernimmt.

Darüber hinaus werden die Informationen aus dem Fragebogen nur innerhalb von Leben mit Behinderung Hamburg weitergegeben und auch nur zum Zweck der Vermittlung eines passenden Angebots.

Der Interessent / die Interessentin ist mit der Erhebung und Verarbeitung seiner / ihrer Daten zu den hier beschriebenen Zwecken einverstanden. Dies gilt auch für die Angaben zur Gesundheit und zu Behinderungen.

Der Interessent kann jederzeit die Löschung der Daten zu seiner /ihrer Person verlangen. Die Vermittlung eines Tagesstättenplatzes ist dann allerdings nur noch eingeschränkt oder nicht mehr möglich.

Ort, Datum

Unterschrift der Interessentin / des Interessenten
oder ihrer/seiner gesetzlichen Vertretung

Funktion (z.B. Vater, Mutter, gesetzliche/r Betreuer/in)