**Aanmeldingsformulier Zorginstantie Zorg-Los**

Algemene gegevens:

Datum:

|  |
| --- |
|  |

Ingevuld door:

|  |
| --- |
|  |

Aanmeldingsdatum:

|  |
| --- |
|  |

Gegevens van de zorgvrager die wordt aangemeld. Indien er voor meerdere zorgvragers binnen één gezin een aanvraag gedaan wordt, dan graag per persoon een apart vak (A, B, C) invullen.

|  |
| --- |
| Geboortenaam en voorvoegsels: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Voornamen: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Voorletters: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Roepnaam: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Geslacht: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Burgelijke staat: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Partnernaam en voorvoegsels: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Straatnaam en nummer: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Postcode en woonplaats: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Telefoonnummer/ mobiele nummer: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| E-Mailadres: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Geboortedatum: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Geboorteplaats en geboorteland: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Nationaliteit: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Verblijfsvergunning NVT/NEE/JA/GELDIG TOT: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Spreektaal: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| BSN nummer: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Heeft de zorgvrager naast de andere aangemelde zorgvragers nog kinderen, broers of zussen: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Netwerk: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

Aanmelder

Naam aanmelder:

|  |
| --- |
|  |

Relatie tot zorgvrager:

|  |
| --- |
|  |

Organisatie:

|  |
| --- |
|  |

Adres en woonplaats:

|  |
| --- |
|  |

Telefoonnummer:

|  |
| --- |
|  |

E-mail:

|  |
| --- |
|  |

Vervanger van aanmelder:

|  |
| --- |
|  |

Wettelijke vertegenwoordiger zorgvrager:

* Nee
* Ja

Contactpersoon:

Naam en voorletters contactpersoon:

|  |
| --- |
|  |

Relatie tot de zorgvrager:

|  |
| --- |
|  |

Adres, postcode en woonplaats:

|  |
| --- |
|  |

Telefoonnummers:

|  |
| --- |
|  |

E-mail

|  |
| --- |
|  |

Huisarts:

|  |
| --- |
|  |

Huisvesting

|  |
| --- |
| Woongeschiedenis: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Huidige woonsituatie: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

Levensdomeinen:

|  |
| --- |
| Levensloop/ geschiedenis: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Sociaal Psychisch: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Zingeving: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Levens of geloofsovertuiging: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Persoonlijk functioneren: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Persoonlijke verzorging: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Medisch/ lichamelijk functioneren: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Medicatie en in eigen beheer/ onder toezicht: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Werkervaring: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Dagbesteding/ dagbehandeling: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Huishoudelijke taken: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Hobby’s/ vrijetijdsbesteding: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Opleiding: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Heeft de zorgvrager een non-reanimatieverklaring (zo ja, graag kopie bijsluiten): |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

Hulpvraag/zorgvraag

|  |
| --- |
| Zorgvraag zorgvrager: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Zorgvraag aanmelder: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Motivatie voor zorg JA/NEE: |
| A) | JA/NEE |
| B) | JA/NEE |
| C) | JA/NEE |

|  |
| --- |
| Is er sprake van een contra-indicatie, zoals een actieve verslaving (alcohol-drugs), ernstige agressie problematiek en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag?: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Strafblad: |
| A) | JA/NEE |
| B) | JA/NEE |
| C) | JA/NEE |

Financiën:

|  |
| --- |
| Inkomstenbron: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

Zorg:

|  |
| --- |
| Welke zorg wil de zorgvrager ontvangen?* Dagbesteding/ dagbehandeling
* Educatie
* Ambulant
* Wonen
* Logeren
* Avondopvang
 |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Per wanneer is de zorg gewenst? |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Ontvangt de zorgvrager bij andere zorgaanbieders zorg? Zo ja welke zorg ontvangt de zorgvrager bij welke zorgaanbieder?: |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

|  |
| --- |
| Welke zorgaanbieder heeft de voorkeur voor het leveren van zorg waarvoor de zorgvrager wordt aangemeld? |
| A) |  |
| B) |  |
| C) |  |

Is bij deze aanmelding nog verdere relevante informatie die u van belang vindt om te melden?

|  |
| --- |
|  |

Indicatie:

|  |
| --- |
| Is er een geldige indicatie?: |
| A) | JA/NEE |
| B) | JA/NEE |
| C) | JA/NEE |

|  |
| --- |
| Is er hulp nodig bij het aanvragen van de juiste indicatie?: |
| A) | JA/NEE |
| B) | JA/NEE |
| C) | JA/NEE |

|  |
| --- |
| Financieringsvorm: |
| A) | WMO/ WLZ/ PGB/ Zorg in Natura |
| B) | WMO/ PGB/ WLZ/ Zorg in Natura |
| C) | WMO/ PGB/ WLZ/ Zorg in Natura |

Nb:
\* Bij WMO kan er gevraagd worden om een eigen bijdrage via het CAK, vraag hiernaar bij de gemeente.
\* Voor kookavonden wordt er een eigen bijdrage gevraagd vanuit Zorg-Los, vraag hiernaar bij intake.

|  |
| --- |
| Is er hulp nodig bij het aanvragen van de juiste indicatie?: |
| A) | JA/NEE |
| B) | JA/NEE |
| C) | JA/NEE |

Vervolgafspraken m.b.t. aanvang zorg:

|  |
| --- |
|  |

Naast het aanmeldformulier ontvangen wij graag het volgende:

* Diagnostiek/behandelrapportage
* Andere relevante informatie

ID check vindt plaats tijdens het intakegesprek.