**Memo Arbeidstraining, dagbesteding en Onderwijs Begeleiding**

**Aanmeldformulier**

**1. Persoonsgegevens cliënt**

**1.1 Persoonsgegevens cliënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam |  |
| Voornamen voluit |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Geboorteplaats |  |
| Nationaliteit |  |
| Burgerlijke staat |  |
| Burger service nummer |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nederlands sprekend |  0 Ja 0 Nee |
| Rolstoel afhankelijk |  0 Ja 0 Nee |

**1.2 Woongegevens cliënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres  |  |
| Huidige adres is een | 0 Huurwoning 0 Eigen woning 0 Inwonend bij ouders 0 Anders |
| Dit woonadres aanhouden? |  0 Ja 0 Nee |

**1.3 Gegevens aanmelding**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum aanmelding |  |
| Reden van aanmelding  |  |

**1.4 Gegevens contactpersoon**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam eerste contactpersoon |  |
| Relatie tot cliënt |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-maildres |  |

**1.5 Gegevens verwijzer**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam | 0 Dhr. 0 Mevr.  |
| Functie |  |
| Cliënt is bekend sinds |  |
| Verwijzende instantie |  |
| Adres |  |
| Postcode/woonplaats |  |
| Telefoon |  |
| E-mailadres  |  |

**1.6 Gegevens behandelaar**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam | 0 Dhr. 0 Mevr.  |
| Functie |  |
| Verwijzende instantie |  |
| Adres |  |
| Postcode/Woonplaats |  |
| Telefoon |  |
| E-mailadres |  |

**1.7 Gegevens zorg cliënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Zorgverzekering |  |
| Huisarts | 0 Dhr. 0 Mevr. |

**1.8 Financiële gegevens cliënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Bron van inkomsten | 0 Arbeid0 Uitkering: 0 WAO 0 WIA 0 Wajong 0 WWB 0 WW 0 AOW 0 ANW 0 Pensioen 0 Kinderbijslag0 Studiefinanciering0 Anders…………… |
| Financiële schulden | 0 Ja, namelijk…. Bedrag…. 0 Nee |
| Schuldhulpverlening | 0 Ja, bij instantie….  Contactpersoon…0 Nee |

**1.9 Beheer inkomen**

|  |
| --- |
| 0 Cliënt zelfs 0 Curator/bewindvoerder 0 Zaakwaarnemer 0 CAV |
| Naam  | 0 Dhr. 0 Mevr. |
| Adres |  |
| Postcode/Woonplaats |  |
| Telefoon |  |
| Beheer PGB | 0 Cliënt zelf 0 Iemand anders, namelijk  |

**1.10 Juridische status cliënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Vrijheid beperkende maatregelen afgelopen jaar | 0 Ja 0 IBS, sinds…. 0 RM, sinds… 0 Nee |
| Strafrechtelijke maatregel | 0 Ja, namelijk…. van kracht tot……0 Nee |
| Verplicht Reclassering contact | 0 Ja, tot……0 Nee |

**2. Medisch-psychiatrische gegevens**

**2.1 Diagnose volgens DSM**

|  |  |
| --- | --- |
| As I |  |
| As II |  |
| As III |  |
| As IV |  |
| As V  |  |
| Datum |  |
| Gesteld door | 0 Dhr. 0 Mevr |

**2.2 Medicatielijst**

|  |  |
| --- | --- |
| Medicatie |  |
|  | 0 Methadon0 Medische verstrekking opiaten |

**3.Aandachtsgebieden**

**3.1 Aandachtsgebieden**

|  |  |
| --- | --- |
| Gebruik van softdrugs | 0 Ja, in het afgelopen jaar 0 Nee0 Ja, langer dan een jaar geleden  |
| Gebruik van harddrugs | 0 Ja, in het afgelopen jaar 0 Nee0 Ja, langer dan een jaar geleden  |
| Alcoholmisbruik | 0 Ja, in het afgelopen jaar 0 Nee0 Ja, langer dan een jaar geleden  |
| Medicatiemisbruik | 0 Ja, in het afgelopen jaar 0 Nee0 Ja, langer dan een jaar geleden  |
| Agressie | 0 Ja, in het afgelopen jaar 0 Nee0 Ja, langer dan een jaar geleden  |

**3.2 Toezicht en zorgintensiteit**

|  |  |
| --- | --- |
| Inschatting zorgbehoefte(meerdere opties mogelijk) | 0 Overdag 0 In de avond0 In de nacht 0 24 uur 0 Telefonisch bereikbaar |
| Speciale aandacht wegens (bijvoorbeeld) onoplettend gedrag dat aanleiding kan geven tot gevaarlijke situaties:0 Nee0 Ja, namelijk….. |

**4. Indicatie**

|  |  |
| --- | --- |
| Heeft u een indicatie in het kader van de AWBZ  |  Ja / Nee \* |

|  |  |
| --- | --- |
| Heeft u een beschikking van het Zorgkantoor dat de indicatie is omgezet naar een Persoonsgebonden budget (PGB) ? |  Ja / Nee \* |

|  |  |
| --- | --- |
| Betreft de indicatie een Zorgzwaartepakket (ZZP)  |  Ja / Nee \* |

|  |  |
| --- | --- |
| Wat is de code van het ZZP  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wat is de grondslag voor de indicatie | GGZ / LVG / VG / LG / SGLVG / VV \*  |

**5. Akkoordverklaring**

**Client: Verwijzer:**

Datum: Datum:

Plaats: Plaats:

Handtekening: Handtekening:

**Indien de cliënt minderjarig is tevens ondertekening door voogd en ouder**

|  |  |
| --- | --- |
| Relatie |  0 Voogd 0 Ouder |

Datum:

Plaats:

Handtekening: