**Aanmeldformulier 2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Persoonlijke gegevens zorgvrager** | | | |
| Achternaam |  | Tussenvoegsel |  |
| Voornaam |  |  |  |
| Adres |  | Huisnummer |  |
| Woonplaats |  | Postcode |  |
| Telefoonnummer |  | Mobiel nummer |  |
| E-mailadres |  |  |  |
| Geboortedatum |  | Geslacht | Man   Vrouw |
| Burger Service Nummer |  | Nationaliteit |  |
| Identiteitsbewijs | |  |  | | --- | --- | | Paspoort | Rijbewijs | | Identiteitskaart | Vreemdelingen  document | | ID-nummer  ID geldig tot |  |
| Burgerlijke staat | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Alleenstaand | Gescheiden | Geregistreerd partnerschap | | | Gehuwd | Samenwonend | Weduwnaar/weduwe | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gegevens aanmeldende instantie** | | | |
| Naam instelling |  | | |
| Naam contactpersoon |  | | Dhr.  Mevr. |
| Adres |  | Huisnummer |  |
| Woonplaats |  | Postcode |  |
| Telefoonnummer |  | Mobiel nummer |  |
| E-mailadres |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gegevens contactpersoon** | | | |
| Naam |  | | Dhr.  Mevr. |
| Adres |  | Huisnummer |  |
| Woonplaats |  | Postcode |  |
| Telefoonnummer |  | Mobiel nummer |  |
| E-mailadres |  | | |
| Relatie tot zorgvrager | |  |  | | --- | --- | | Ouder | Partner | | Broer / zus | Anders, nl. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wie is 1e contactpersoon voor de aanmelding** | |
| Aanmeldende instantie | Contactpersoon |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rechtspositie** | | | | | | |
| Vrijwillig | Mentorschap | | VOTS | Voogdij | | Ouderlijk gezag |
| Curatele | Bewindvoering | | OTS | Justitieel | |  |
| **Juridische status** | | | | | | |
| Artikel 60 | | IBS | | | Einddatum machtiging: | |
| RM | | Anders, namelijk: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicatie voor zorg/ondersteuning** | |
| **Heb je al een geldende indicatie/beschikking?** | |
| Ja, geldig tot | Vanuit:  WLZ |
| Nee | Jeugdwet |
| Nee, maar de aanvraag loopt | WMO |
| **Leveringsvorm** | **Welk zorgprofiel heb je?** |
| PGB  ZIN |  |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Huidige woonsituatie** | | |
| Bij beide ouders | Bij moeder | Bij vader |
| Zelfstandig (alleenwonend) | Zelfstandig (eigen gezin) | Instelling, namelijk: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Huidige daginvulling** | | |
| Betaalde baan | Onbetaalde baan/vrijwilligerswerk | Indicatie sociale werkvoorziening |
| School | Dagbesteding/Activiteitencentrum | Geen werk |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meest recente IQ bepaling** | | |
| Onbekend | 0-30 | 30-50 |
| 50-70 | 70-85 | Hoger dan 85 |

|  |
| --- |
| **Reden aanmelding** |
| Je hebt nog geen zorg/ondersteuning  Je hebt al zorg/ondersteuning, maar je wilt overstappen naar SOVAK  Je ondersteuningsvraag is veranderd  Spoed  Anders, nl. |

|  |
| --- |
| Waarvoor meld je je bij SOVAK aan? |
| Wonen met dagbesteding  Wonen zonder dagbesteding  Logeren  Dagbesteding  Ambulante zorg  Anders |

|  |
| --- |
| **Wat zijn jouw wensen?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Welke vorm van dagbesteding spreekt je aan?** |
| Werken in een bedrijf via de jobcoach  Productiewerkzaamheden  Creatieve activiteiten  Kook- of bakactiviteiten  Groenvoorziening/dierenverzorging  Belevingsgerichte activiteiten |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **In welke regio wil je de zorg ontvangen?** | | | | |
| Breda | | Etten-Leur/Zevenbergen/Klundert | | Terheijden |
| Wijk en Aalburg/Sleeuwijk/Dussen | | Anders | |  |
|  | |  | |  |
| **Is SOVAK je voorkeursaanbieder?** | | | | |
| Ja | Nee | | Weet ik niet | |



|  |  |
| --- | --- |
| **Ben je ook bij andere zorgaanbieders aangemeld?** | |
| Ja, namelijk bij | Nee |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |
| --- |
| **Hoe ben je bij SOVAK terechtgekomen?** |
| Ik heb al eerder zorg bij SOVAK gehad  Ik heb van SOVAK gehoord via   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Familie, vrienden, kennissen | Gemeente | Huisarts | MEE | | Zorgkantoor | Andere zorgaanbieder | Anders |  |   Ik heb SOVAK zelf gevonden via   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Twitter | LinkedIn | Folder | Facebook | YouTube | | Website   SOVAK | Andere website | Bezoek aan een  informatiemarkt | Bezoek aan locatie van   SOVAK | | |

|  |
| --- |
| **Om je aanvraag in behandeling te kunnen nemen is het noodzakelijk een kopie van de volgende documenten mee te sturen. Zonder deze gegevens kunnen wij je aanmelding helaas niet in behandeling nemen.** *Je hebt een geldige indicatie nodig voor de zorg/ondersteuning die SOVAK biedt.* |
| **Noodzakelijk:**  Ingevuld en getekend aanmeldformulier  Ingevulde en getekende medische vragenlijst   Geldig indicatiebesluit of aanvraag indicatie  Psychologisch onderzoek  **Indien aanwezig:**  Recente zorg-/behandelplannen  Verslaglegging andere betrokken zorgaanbieders  Rapportage school/werk  Schoolverlaterrapportage *(indien van toepassing)*  **Indien van toepassing:**  Beschikking curatorschap, mentorschap of bewindvoering  BOPZ-verklaring of juridische titel   Epilepsieprotocol   Indicatie sociale werkplaats/UWV rapport   Vragenlijst BSO |

|  |
| --- |
| **Toestemming** |
| Om tot een goed advies te komen is het noodzakelijk dat SOVAK medewerkers die betrokken zijn bij je aanmelding, inzage hebben in je gegevens en deze ook kunnen verwerken. Hier wordt natuurlijk vertrouwelijk mee omgegaan.    Ik geef SOVAK toestemming tot inzage in en verwerking van mijn dossier. Bij afmelding worden   mijn gegevens vernietigd. |





 **Vragenlijst medische gegevens**

Aanvullend aan je aanmelding vragen wij om inzicht te geven in je medische gegevens. Het is van belang dat je dit formulier zo compleet mogelijk invult. Op basis van deze informatie geven wij advies of wij je de zorg en ondersteuning kunnen bieden die je nodig hebt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Cliënt gegevens** | | | |
| Achternaam |  | Voorletters |  |
| Geslacht | man  vrouw | Geboortedatum |  |
| Adres en huisnummer |  | PC en Woonplaats |  |
| Naam wettelijk vertegenwoordiger |  | Datum van invullen |  |
| Emailadres |  | Telefoonnummer |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Huisarts** | | | |
| Naam |  | Geslacht | man  vrouw |
| Adres en huisnummer |  | PC en Woonplaats |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Is er een oorzaak bekend voor je verstandelijke beperking?~~** | |
| Nee |  |
| Ja, de oorzaak is |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Ben je ooit opgenomen geweest in een ziekenhuis?** | | | |
| Nee |  | | |
| Ja | licht hieronder toe | | |
| Aandoening/ziekte | | Waar opgenomen | Wanneer opgenomen |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Ben of was je onder behandeling bij de GGZ , een psycholoog of een psychiater?** | | | |
| Nee |  | | |
| Ja | licht hieronder toe | | |
| Aandoening/ziekte | | Naam instelling/organisatie | Naam psychiater/psycholoog |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Ben of was je onder behandeling voor een verslaving?** | | | |
| Nee |  | | |
| Ja | licht hieronder toe | | |
| Naam behandelaar | | Naam instelling/organisatie | Jaartal |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Gebruik je medicatie?** | | | |
| Nee |  | | |
| Ja | licht hieronder toe | | |
| Naam medicijn | | Hoeveelheid | Waarvoor |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| *Graag een Actueel Medicatie Overzicht bijvoegen. Je kunt dit opvragen bij je apotheek.* | | | |



|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Heb je epilepsie?** | |
| Nee | Ja  hoe vaak heb je aanvallen |
| Zijn er veiligheidsmaatregelen voor de epilepsie? (bv helm, camera, bad- en zwembeperking) | |
| Nee | Ja  welke |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **je hulp nodig bij:** | | |
| Voortbewegen? | Nee | Ja |
| Aan- en uitkleden? | Nee | Ja |
| Wassen/douchen/baden? | Nee | Ja |
| Naar de wc gaan? | Nee | Ja |
| Eten? | Nee | Ja |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Ben je afhankelijk van het gebruik van:** | | |
| Sondevoeding? | Nee | Ja |
| Zuurstofapparatuur? | Nee | Ja |
| Beademingsondersteuning? | Nee | Ja |
| Dialyse? | Nee | Ja |
| Stoma? | Nee | Ja |
| Nefrostomiekatheter (nierkatheter) | Nee | Ja |
| Infuus | Nee | Ja |
| Wondzorg/decubituszorg | Nee | Ja |
| Overige verpleegkundige zorg | Nee | Ja, welke |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Aanvullende vragen** | | |
| Gebruik je alcohol? | Nee | Ja, hoeveel |
| Gebruik je drugs? | Nee | Ja, welke en hoeveel |
| Kun je goed zien? | Nee | Ja |
| Kun je goed horen? | Nee | Ja |
| Heb je chronische aandoening?  *(bv diabetes, hart- en vaatziekten, chronische darmziekte, astma/COPD)* | Nee | Ja, welke |
| Is er sprake van onvrijwillige zorg?  (bv. fixatie, afzondering, overige vormen van zorg onder dwang of vrijheidsbeperking) | Nee | Ja, welke |
| Document naar waarheid ingevuld? | Nee | Ja |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **AKKOORDVERKLARING AANMELDING**   Hierbij verklaart ondergetekende het formulier naar waarheid te hebben ingevuld en akkoord te gaan met de aanmelding voor bemiddeling en geef hierbij toestemming om de informatie te delen met medewerkers binnen de organisatie die direct betrokken zijn bij de vraag. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld, conform de wet Algemene verordening gegevensbescherming. | | | |
| Handtekening cliënt |  | Datum |  |
| Handtekening wettelijk vertegenwoordiger |  | Datum |  |