**Aanmeldformulier De-Bruggen**

De onderstaande informatie is nodig om tot een besluit te komen of er een passende hulpvraag is voor één van de woonlocaties binnen De-Bruggen en zo ja, welke. Vult dit formulier zo volledig mogelijk in en stuur dit op naar aanmeldingen@bijdebruggen.nl. Eventueel relevante informatie is ook welkom. Denk hierbij aan een beschikking van de indicatie, diagnostiek en een huidig begeleiding-/ behandelplan. Er wordt zo snel mogelijk (uiterlijk binnen twee werkdagen) contact met u opgenomen.

**Persoonlijke informatie**

|  |  |
| --- | --- |
| Volledige naam |  |
| BSN  |  |
| Geboortedatum |  |
| Inschrijfadres  |  |
| Telefoonnummer  |  |
| E-mailadres |   |

**Aanmelding voor beschermd wonen, locatie:**

Hieronder kan worden aangeven welke woning de voorkeur heeft. De medewerkers van De-Bruggen kijken in de aanmeldfase, op basis van de ondersteuningsbehoeften, naar de meest geschikte woonplek.

[ ]  Locatie Veendam – de Havenstraat

De Havenstraat is een beschermde woonvorm waar 24uurs intensieve begeleiding en toezicht wordt geleverd. Er is plek voor ruim 20 bewoners.

[ ]  Locatie Wildervank – de Nijveenlaan

De bewoners van de Nijveenlaan wonen in een beschermde woonvorm maar hebben hun eigen appartement. Een groot deel van de dag is er een medewerker aanwezig. Wanneer er geen medewerker aanwezig is kan je hun telefonisch bereiken en komen ze, bij noodzaak, naar je toe.

[ ]  Locatie Zuidlaren – Beschermde woonvorm Zuidlaren

De Havenstraat is een beschermde woonvorm waar 24uurs intensieve begeleiding en toezicht wordt geleverd. Er is plek voor ruim 30 bewoners die in een groep van 6 bewoners samenwonen.

**Indicatie**

|  |  |
| --- | --- |
| Is er een indicatie?  | [ ]  Ja [ ]  Nee |
| Zo ja, welke indicatie?  | [ ]  Wmo, pakket: [ ]  Wlz, ZZP: [ ]  Forensische Zorg, SKN-nummer: [ ]  Anders, namelijk:  |
| Geldigheidsduur indicatie  | Ingangsdatum: Einddatum:  |

**Verwijzer**

|  |  |
| --- | --- |
| Is er een verwijzer betrokken?  | [ ]  Ja [ ]  Nee |
| Zo ja, vul hiernaast de gegevens in  | Naam: Functie: Organisatie: Telefoon: E-mailadres:  |
| Hierbij geef ik toestemming voor het delen van gegevens\*  | [ ]  Ja [ ]  Nee [ ]  N.v.t. |

**Wettelijk vertegenwoordiger**

|  |  |
| --- | --- |
| Is er een wettelijk vertegenwoordiger betrokken?  | [ ]  Nee[ ]  Ja, een curator [ ]  Ja, een mentor [ ]  Ja, een bewindvoerder  |
| Zo ja, vul hiernaast de gegevens in  | Naam: Functie: Organisatie: Telefoon: E-mailadres: |
| Hierbij geef ik toestemming voor het delen van gegevens\* | [ ]  Ja [ ]  Nee [ ]  N.v.t. |

**Justitie**

|  |  |
| --- | --- |
| Is er een Rechterlijke Machtiging (RM)? | [ ]  Nee[ ]  Ja Einddatum: RM-houder:  |
| Is er reclasseringstoezicht?  | [ ]  Nee[ ]  Ja Einddatum:  |
| Zo ja, vul hiernaast de gegevens in  | Naam: Functie: Organisatie: Telefoon: E-mailadres: |
| Hierbij geef ik toestemming voor het delen van gegevens\* | [ ]  Ja [ ]  Nee [ ]  N.v.t. |

**Huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Vul hiernaast de gegevens in van de betrokken huisarts  |   |
| Hierbij geef ik toestemming voor het delen van gegevens\* | [ ]  Ja [ ]  Nee |

**Verslavingszorg**

|  |  |
| --- | --- |
| Is er verslavingszorg betrokken?  | [ ]  Ja [ ]  Nee |
| Zo ja, vul hiernaast de gegevens in  | Naam: Functie: Organisatie: Telefoon: E-mailadres: |
| Hierbij geef ik toestemming voor het delen van gegevens\* | [ ]  Ja [ ]  Nee [ ]  N.v.t. |

**Geestelijke gezondheidszorg**

|  |  |
| --- | --- |
| Is er een GGZ-organisatie betrokken?  | [ ]  Ja [ ]  Nee |
| Zo ja, vul hiernaast de gegevens in  | Naam: Functie: Organisatie: Telefoon: E-mailadres: |
| Hierbij geef ik toestemming voor het delen van gegevens\* | [ ]  Ja [ ]  Nee [ ]  N.v.t. |

**Reden van aanmelding**

|  |
| --- |
|  |

**Ondertekening**

Met het ondertekenen van dit intakeformulier geeft bovengenoemde aan akkoord te gaan met de hierboven genoemde bepalingen en beaamt deze dat het intakeformulier naar waarheid is ingevuld.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |
| Plaats |  |
| Handtekening cliënt (*of wettelijker vertegenwoordiger)* |  |