

WOHNPLATZANFRAGE

Wohngemeinschaft für Menschen mit Prader Willi Syndrom

Wie bekommen Sie einen Platz bei uns?

- Um bei uns einen Platz zu bekommen benötigen wir folgende Unterlagen:

Wohnplatzanfrage – ausgefüllt und unterzeichnet
Förderbewilligung des Fonds Soziales Wien (FSW)
Erwachsenenvertreter-Beschluss (Kopie)
Aktuelle medizinische Befunde (Kopie)

Bitte füllen Sie die Wohnplatzanfrage vollständig aus und schicken Sie alle Unterlagen per Post, Fax (01/320 14 31 17) oder E-Mail (Anzengruber@sozialwerke-clara-fey.at) an:

Sozialwerke Clara Fey
Anzengruber Cornelia, BA
Bereichsleitung PWS
Stefan Esders Platz 1
1190 Wien

- Nach Durchsicht der Aufnahmeunterlagen wird entschieden, ob wir Ihnen grundsätzlich eine geeignete Betreuung anbieten können und Sie in die **Warteliste** aufgenommen werden. Sie werden darüber schriftlich informiert.
- Eine Aufnahme ist nur im Rahmen der vom FSW zur Verfügung gestellten Kontingentplätze möglich. Sobald ein geeigneter Betreuungsplatz frei wird, werden Sie zu einem **Aufnahmegespräch** eingeladen.
- Erweist sich der freie Platz nach dem Aufnahmegespräch für beide Seiten als grundsätzlich passend, wird eine **Probezeit** vereinbart. Danach wird entschieden, ob es zu einer endgültigen Aufnahme kommt.
- Vor einer endgültigen Aufnahme muss ein **Betreuungsvertrag** der Sozialwerke Clara Fey unterzeichnet werden.

Datum: _____

Ausgefüllt von: (Name) _____

als rechtliche Vertretung BetreuerIn Verwandte/r sonst: _____

Kontakttelefonnummer: _____

Bedarf

Bewilligung FSW	<input type="checkbox"/> vorhanden
	Leistungsstufe:
	gültig bis:
	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
	<input type="checkbox"/> angesucht am,

Gewünschter Zeitpunkt der Aufnahme:

Persönliche Daten

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsbürgerschaft:	Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Sozialversicherungsnummer:	mitversichert bei:
Versicherungsträger:	Pflegegeldstufe:
Gewicht:	Größe:
Mobilität:	
Wohnadresse derzeit /betreut durch:	Telefon/E-Mail
Rechtliche Vertretung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt, am	
Wenn ja: Name, Adresse und Telefonnummer der rechtlichen Vertretung:	

Medizinisches

Ärztliche Betreuung

Allgemeinmedizin	Orthopädie	Zahnmedizin
Interne Medizin	Endokrinologie	Psychiatrie

Aktuelle Medikation	Früh	Mittag	Abend	Nacht

Bestehen chronische Krankheiten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine Suchtkrankheit? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Werden Therapieangebote wahrgenommen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gab es Psychiatrieaufenthalte? Ja Nein

Wenn ja, Beschreibung (Spital, Länge es Aufenthalts, Jahr)

Sonstige wichtige Informationen im medizinischen Bereich:
Rezeptgebührenbefreiung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Kernthemen	Unterstützung	
	ja	nein
Kommunikation		
Sich bewegen		
Stimmungslage (Rückzugsverhalten, Antrieb, Verweigerung)		
Manipulatives Verhalten (Wie komme ich an Essen?)		
Empathie (Perspektivenwechsel)		
Tagesablauf		
Sich pflegen		
Essen und Trinken		
Ausscheiden		
Sich kleiden		
Ruhen und Schlafen		
Sich beschäftigen		

Sich als Mann und Frau fühlen			
Sicher sein			
Soziale Bereiche des Lebens			

Verhalten
Gab es in der Vergangenheit Formen von Selbstaggressionen (Bsp. Skin Picking)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, in welcher Form?
Gab es Formen von Fremdaggressionen (Attacken gegen andere Personen)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, in welcher Form?
Neigung zu Vandalismus oder Sachbeschädigung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, in welcher Form?
Gibt es Vorstrafen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Arbeitssituation
Arbeit/Beschäftigung/Tagesstruktur/Qualifizierungsmaßnahme
Arbeitszeiten:
Bewältigung des Arbeitsweges: <input type="checkbox"/> mit öffentlichen Verkehrsmitteln <input type="checkbox"/> Fahrtendienst <input type="checkbox"/> Fahrtendienst mit Begleitung

Einkommen und finanzielle Situation	
<input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/> Pension
<input type="checkbox"/> Erhöhte/Familienbeihilfe	<input type="checkbox"/> Pflegegeld
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> Mindestsicherung
<input type="checkbox"/> Notstandhilfe	<input type="checkbox"/> Wohnbeihilfe
<input type="checkbox"/> Mietbeihilfe	<input type="checkbox"/> sonstige Bezüge:

Freizeitgestaltung
Wie wird hauptsächlich die Freizeit gestaltet? Gibt es besondere Interessen bzw. Hobbys?

Angehörige und wichtige Bezugspersonen (Name, Adresse und Telefonnummer)

Persönliche Erwartungen, Wünsche an die Institution
Welche Erwartungen haben Sie an das Wohnangebot?
Gibt es noch Informationen, die für die Betreuung wichtig wären?

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift

(der auskunftsgibenden Person)

Datenschutz

Mit meiner Unterschrift stimme ich der weiteren Verwendung der von mir genannten Daten zu. Ich ermächtige die Sozialwerke Clara Fey, vorbehaltlich der Zustimmung meines/meiner gesetzlichen VertreterIn, jene Daten, die für eine Aufnahmeentscheidung notwendig sind, (elektronisch) zu erfassen, an befugte MitarbeiterInnen zu übermitteln sowie zu Zwecken der Dokumentation zu verarbeiten. Die Sozialwerke Clara Fey verpflichten sich, den Schutz personenbezogener KlientInnendaten, gemäß der gesetzlichen Vorgaben sicherzustellen.

Name (Klient/Klientin, gesetzl. Vertretung, SachwalterIn):

Unterschrift: