

# 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)**

**Erwachsenenvertretung-Beschluss** (Kopie)

**Aktuelle medizinische Befunde** (Kopie)

Bitte füllen Sie die Wohnplatzanfrage vollständig aus und schicken Sie alle Unterlagen per Post oder E-Mail ([Anzengruber@sozialwerke-clara-fey.at](mailto: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 Kontingenzplätze 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  Erwachsenenvertretung  Betreuer:in  Angehörige:r  Sonst: \_\_\_\_\_

Kontakttelefonnummer: \_\_\_\_\_

### Bedarf Vollbetreutes Wohnen

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

Arbeitssituation										
<p>Arbeit/Beschäftigung/Tagesstruktur/Qualifizierungsmaßnahme</p>										
<p>Arbeitszeiten:</p>										
<p>Bewältigung des Arbeitsweges:</p> <p><input type="checkbox"/> mit öffentlichen Verkehrsmitteln</p> <p><input type="checkbox"/> Fahrtendienst</p> <p><input type="checkbox"/> Fahrtendienst mit Begleitung</p>										
Einkommen und finanzielle Situation										
<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen</td> <td><input type="checkbox"/> Pension</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erhöhte/Familienbeihilfe</td> <td><input type="checkbox"/> Pflegegeld</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld</td> <td><input type="checkbox"/> Mindestsicherung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notstandhilfe</td> <td><input type="checkbox"/> Wohnbeihilfe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mietbeihilfe</td> <td><input type="checkbox"/> sonstige Bezüge:</td> </tr> </tbody> </table>	<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:
<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 meiner gesetzlichen Vertretung, jene Daten, die für eine Aufnahmeentscheidung notwendig sind, (elektronisch) zu erfassen, an befugte Mitarbeiter:innen zu übermitteln sowie zu Zwecken der Dokumentation zu verarbeiten.

Die Sozialwerke Clara Fey verpflichten sich, den Schutz personenbezogener Daten, gemäß der gesetzlichen Vorgaben sicherzustellen.

Name (Interessent:in, gesetzl. Vertretung, Erwachsenenvertretung):

Unterschrift: