****

**Aufnahmeanfrage/Aufnahmeantrag**

**Gewünschte Aufnahmetermine**

[ ]  **besondere Wohnform am:**

[ ]  **WfbM am:**

**1. Aufzunehmende Person**

Name, Vorname

Geboren am / in      /

Staatsangehörigkeit/Konfession      /

Bisherige Adresse

**2. Betreuung**

Gesetzliche Betreuung [ ]  nein [ ]  ja (bitte Bestallungsurkunde vom Amtsgericht in Kopie beifügen)

Adresse

Telefonnummer, Email

Zuständigkeitsbereiche

**3. (Pflege-)Eltern**

***Vater*** Name, Adresse

Telefon / Handy / Notfallnummer

Email

***Mutter*** Name, Adresse

Telefon / Handy / Notfallnummer

Email

**4. Geschwister**

Name, Vorname / Geburtsdatum

Anschrift/Telefon/Email

Name, Vorname / Geburtsdatum

Anschrift/Telefon/Email

Name, Vorname / Geburtsdatum

Anschrift/Telefon/Email

**5. wichtige Bezugspersonen**

Name, Vorname / Geburtsdatum

Anschrift/Telefon/Email

Name, Vorname / Geburtsdatum

Anschrift/Telefon/Email

Name, Vorname / Geburtsdatum

Anschrift/Telefon/Email

**6. Körperliche und gesundheitliche Verfassung der aufzunehmenden Person**

Folgende körperliche/geistige/psychische Einschränkungen/Behinderungen liegen vor?

Aktueller körperlicher/geistiger/psychischer Entwicklungs- und Gesundheitszustand:

Frühere Erkrankungen oder Unfälle (z. B. Epilepsie, Diabetes, Bluthochdruck…):

Medizinische Grunddaten (tägliche Medikation, Hilfsmittel, Allergien, Sonstiges):

**7. Psychosoziale Situation der aufzunehmenden Person**

Umstände und Erlebnisse in der bisherigen Lebensgeschichte, die die psychosoziale Entwicklung entscheidend mitgeprägt haben (z. B. längerer Krankenhausaufenthalt, Trennungen von…)

Kennzeichen im Verhalten und Erleben (z. B. Selbstwertgefühl, Neigungen, Fähigkeiten…)

Merkmale des sozialen Verhaltens (in Familie, Schule, am Arbeitsplatz…)

**8. Schullaufbahn/Berufstätigkeit/Berufliche Vorstellungen der aufzunehmenden Person**

Schullaufbahn (Daten der Einschulung, Zurückstellung, Wechsel, Abschluss…)

Welche beruflichen Vorstellungen oder Wünsche liegen vor?

Wurde bereits ein Eignungstest bzw. eine ärztliche/psychologische Untersuchung bei der Agentur für Arbeit durchgeführt? Mit welchem Ergebnis?

**9. Pflegebedarf und Schwerbehinderung**

Pflegegrad: [ ]  nein [ ]  ja, Pflegegrad      seit:

Pflegebedarf:

Schwerbehindertenausweis: [ ]  nein [ ]  ja, gültig bis:

GdB:      Merkzeichen:

**10. Begründung des Aufnahmeantrags**

Mit welcher Zielsetzung soll die aufzunehmende Person in Hof Bockum aufgenommen werden?

**11. Zuständige/r Kostenträger**

**Wurde die Kostenübernahme für das Wohnheim beantragt?** *(nur bei konkreter Aufnahme auszufüllen)*

[ ]  nein [ ]  ja, und zwar am:       Aktenzeichen:

 [ ]  ja, Leistungsbescheid ist als Kopie beigefügt

Jugendamt/Sozialamt/RV

Adresse

Telefon, Email

Ansprechpartner/in

**Bisheriges Wohnheim**

[ ]  nein [ ]  ja, und zwar von – bis

Adresse

Telefon, Email

Ansprechpartner/in

**Wurde Grundsicherung beantragt?** *(nur bei konkreter Aufnahme auszufüllen)*

[ ]  nein [ ]  ja, und zwar am       Aktenzeichen:

 [ ]  ja, Leistungsbescheid ist als Kopie beigefügt

Sozialamt/RV

Adresse

Telefon, Email

Ansprechpartner/in

**Wurde die Kostenübernahme für die WfbM beantragt?** *(nur bei konkreter Aufnahme auszufüllen)*

[ ]  nein [ ]  ja, und zwar am       Aktenzeichen:

 [ ]  ja, Leistungsbescheid ist als Kopie beigefügt

Agentur für Arbeit/Sozialamt/RV

Adresse

Telefon, Email

Ansprechpartner/in

**Bisherige Tätigkeit in einer WfbM**

[ ]  nein [ ]  ja, und zwar von – bis

Adresse

Telefon, Email

Ansprechpartner/in

**12. Lohnbuchhaltung** *(nur bei konkreter Aufnahme auszufüllen)*

Krankenkasse/Versicherungsnr.       /      (Kopie beifügen)

Sozial- oder Rentenversicherungsnr.:      (Ausweis im Original beifügen)

Steuer-Identifikationsnummer

Waisenrente [ ]  nein [ ] ja Versicherungsnr.:

Besteht Anspruch auf teilweise oder volle Erwerbsminderungsrente?

 [ ]  nein [ ]  ja, RV-Nummer

Wurde eine teilweise oder volle Erwerbsminderungsrente beantragt?

 [ ]  nein [ ]  ja und zwar am:       bei:

Bankverbindung Kontoinhaber = aufzunehmende Person:

 IBAN:

 BIC:

 Bank:

**Datenschutzhinweis:**

*Die Verarbeitung der von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten (wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Telefonnummer) durch uns ist zur ordnungsgemäßen Abwicklung vorvertraglicher Regelungen und soweit wir zu deren Erhebung gesetzlich verpflichtet sind, z. B. zur Einhaltung von Vorhaltefristen gegenüber dem Finanzamt, erforderlich. Sie beruht auf Art. 6 Abs. 1 Buchstabe b und c DSGVO.*

*Die Daten werden gelöscht, sobald sie für die vorgenannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten jedoch, solange wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, beispielsweise aufgrund von Aufbewahrungspflichten oder Verjährungsfristen noch nicht abgelaufener potenzieller Rechtsansprüche.*

**Ort, Datum Unterschrift Antragsteller\*in Unterschrift gesetzl. Betreuung**

**Checkliste für dringend beizufügende Kopien folgender Unterlagen:**

[ ]  Ärztliche/Psychologische Gutachten und Diagnosen

[ ]  Berichte aus anderen Einrichtungen, Zeugnisse

[ ]  Bestallungsurkunde der gesetzlichen Betreuung