Projekt 'Inklusives Wohnen' - Junges Leben am Untermain

St. Josefs Stift

St. Josefs-Stift gemeinnützige GmbH
Herr Jan Abraham
Pfarrer-Robert-Kümmert-Straße 1

D-97249 Eisingen

☎: 09306/ 209-108 **Fax:** 09306/ 209-194
@: aufnahmeanfragen@josefs-stift.de

Hiermit beantrage ich die Aufnahme für: _____

Anschrift: _____

☎: _____ @: _____

Der Antrag wird gestellt von: _____

Anschrift: _____

☎: _____ @: _____

Wir interessieren uns für:

- ☐ ein Zimmer für ambulant unterstütztes Wohnen
- ☐ ein Zimmer für Menschen mit geringerem bis hohem Hilfebedarf (Beschäftigte einer WfBM)
- ☐ ein Zimmer für Menschen mit hohem bis sehr hohem Hilfebedarf (Beschäftigte einer TaFö)

Gewünschter Zeitpunkt der Aufnahme: _____

_____

Ort, Datum Unterschrift

Weitere Informationen finden Sie unter https://www.junges-leben-am-untermain.de/

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 / Art. 14 DSGVO entnehmen Sie https://www.josefs-stift.de/ueber-uns/impressum

Persönliche Daten

Angaben über die aufzunehmende Person

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Konfession:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Krankenkasse:	Anschrift:	
Selbst versichert:	☐ ja	☐ nein
Versichert bei:		
Sozialversicherungsnummer:		
Steuer-ID-Nr.:		
Wird Rente bezogen?	☐ ja	☐ nein
Liegt eine Schwerbehinderung vor? (bitte Kopie vom Schwerbehindertenausweis beilegen)	☐ ja	☐ nein Grad der Behinderung:
Gesetzliche Betreuung Name:	Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:	
Betreuung in folgenden Angelegenheiten:		
(bitte Kopie der Betreuerausweis beilegen)		
Familienangehörige (Name, Anschrift, Telefon):		
Behandelnder Arzt:		

Art der Behinderung (Mehrfachnennungen möglich)

☐ Lernbehinderung ☐ Geistige Behinderung ☐ Psychische/ Seelische Behinderung
☐ Verhaltensauffälligkeiten ☐ Körperliche Behinderung ☐ Anfallsleiden ☐ Autismus-Spektrum
☐ Sehbehinderung ☐ Hörbehinderung ☐ Suchterkrankung
☐ Sonstige Einschränkung: _____
☐ Hilfsmittelversorgung: _____

Krankenpflege / Gesundheitsfürsorge / Medizinische Versorgung

Werden spezielle Pflegemaßnahmen benötigt?
wenn ja, welche: _____
Wurden Therapien bisher in Anspruch genommen?
wenn ja, welche: _____
Liegen körperliche Erkrankungen vor?
wenn ja, welche: _____
Liegen ansteckende Erkrankungen vor?
wenn ja, welche: _____
Sind Allergien bekannt?
wenn ja, welche: _____

Begutachtungen

☐ nach H. Metzler (HMBW-Bogen) Hilfebedarfsgruppe: ____

☐ der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XII Pflegegrad: ____
☐ beantragt, aber noch nicht entschieden
☐ nicht beantragt, weil: _____
☐ nicht anerkannt, weil: _____

Bisherige Wohnsituation

☐ lebt allein ☐ bei Eltern/ Familie/ Pflegefamilie/ Partner
☐ Wohneinrichtung, (welche): _____
☐ sonstige Wohnform: _____

Grund des Aufnahmegesuchs

Aus welchen Gründen wünschen Sie eine Heimaufnahme?

Bisherige Tagesstruktur

Ausbildungs-/ Beschäftigungsverhältnisse (wo und von wann bis wann?)

Derzeit beschäftigt?	☐ ja	☐ nein
WfbM:	Förderstätte:	Tagesstätte:

sonstige Tagesstruktur:

Anlagen

Zu unserer besseren Einschätzung benötigen wir folgende Unterlagen und bitten Sie diese als Anlage mit dem Aufnahmeantrag an uns zu senden.

- ☐ ärztliche Stellungnahmen
- ☐ HMBW-Bogen (H. Metzler)
- ☐ Entwicklungsberichte/ HEB-Bögen
- ☐ Zeugnisse (Schule/ Beschäftigungsbereich)

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt!

ASSISTENZBEDARF DES INTERESSENTEN

I. Assistenzbedarf im Bereich der lebenspraktischen Fertigkeiten

Benötigt →	Selbständig	Beratung	Aufforderung	Anleitung & Hilfestellung	Unterstützung & Begleitung	vollständige Assistenz
• Körperpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Ernährung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Toilette	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Aufstehen/ Zubettgehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Mobilität	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Orientierung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Hauswirtschaftliche Versorgung	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anmerkungen:

II. Assistenzbedarf im BereichLebensführung

Benötigt →	Selbständig	Beratung	Aufforderung	Anleitung & Hilfestellung	Unterstützung & Begleitung	vollständige Assistenz
• Freizeitgestaltung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Soziale Beziehung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Umgang mit Geld	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vorlieben, Hobbies:

Anmerkungen:

III. Kompetenzen im Bereich Kommunikation (Mehrfachnennungen möglich)

☐ spricht und unterhält sich
☐ spricht in einfachen Sätzen
☐ besitzt passives Sprachverständnis
☐ spricht einige Worte
☐ kann nonverbal zeigen, was er will
☐ kann sich nicht äußern

verwendet Kommunikationsmittel:

IV. Besonderer Unterstützungsbedarf

	Assistenzbedarf				
	Keiner	Gering	Mittel	Hoch	Sehr hoch
• Selbsteinschätzung (Erkennen von Stärken und Schwächen, Selbst- und Fremdwahrnehmung, usw.)	☐	☐	☐	☐	☐
• Umgang mit sich selbst (Selbstwertgefühl, Körpererleben. Zwänge, Unruhe, Ängste, Tics und Bewegungsstörungen, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
• Herausforderndes Verhalten (Selbst- und Fremdverletzende Verhaltensweisen, Zerstören von Gegenständen, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
• Psychische Erkrankungen (Depression, Manie, schizoaffektive Erkrankungen, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐

Weitere Anmerkungen:

Sonstiger Bedarf, und zwar:

Bereits in Anspruch genommene medizinische Hilfen (Klinikaufenthalte, Medikation, etc.):