

Aanmeldformulier Beschermd Wonen

Met dit formulier kunt u intramurale zorg aanvragen bij RIBW K/AM.
Mocht u vragen hebben over de inhoud van dit formulier
dan kunt u bellen met (088) 2148047

Formulier + aanvullende informatie kan u
persoonlijk inleveren, per post of digitaal insturen aan:

RIBW K/AM
Afdeling A&A
Postbus 2257
2002 CG Haarlem

E-mailadres: aanmeldingenadvies@ribw-kam.nl

PERSOONLIJKE GEGEVENS¹	
Achternaam	
Voorletters	
Geboortedatum	Dag Maand Jaar
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
BSN (verplicht)	
Adres	Straat: Huisnummer: toevoeging: Postcode:
Woonplaats	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
Bron van inkomsten: (bv. loon uit arbeid/Wajong/WIA ect.)	
Is er sprake van een bijzondere juridische status? (bv. Ots, IBS, RM, bewindvoering, mentorschap, curatele, zaakwaarneming, ect.) (verplicht)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Zo ja, welke: Naam: Tel.nr.: E-mail: Postcode: Huisnummer: Straat: Woonplaats:
Wie is uw behandelaar? (verplicht indien van toepassing)	Naam: Organisatie: Tel.nr. E-mail Postcode: Huisnummer: Straat: Woonplaats:

¹ Bedoeld is hier de persoon die het gezondheidsprobleem heeft en daarvoor zorg of voorzieningen aanvraagt, verder aangeduid als '(zorg)vragers'.

BESCHIKKING / INDICATIE GEGEVENS**Heeft u een geldige WMO- beschikking?** Ja Nee

Zo ja, vanuit welke gemeente is de beschikking afgegeven?

Heeft u een geldige Jeugd- indicatie? Ja Nee

Zo ja, welke instantie heeft de indicatie afgegeven? En wanneer loopt deze af?

Heeft u een forensische/justitiële titel? Ja Nee

Zo ja, welke? En wanneer loopt deze af?

Heeft u een geldige Wlz- beschikking? Ja Nee

Zo ja, met welke grondslag?

AANMELDING**Voor welke zorg meldt u zich aan?**

-
- intramurale ondersteuning
-
-
- Beschut wonen
-
-
- Beschermd wonen

Heeft u momenteel een negatieve verhuurdersverklaring? (verplicht) Ja Nee

Zo ja:

- Van welke woningbouwcorporatie(s):
- Wat is de afloopdatum:

Stuur een kopie van deze verklaring mee met de aanmelding

Wat is uw huidige verblijfsituatie?	
<input type="checkbox"/> eigen woning (alleenstaand/ met partner/ met partner en kinderen) ² <input type="checkbox"/> inwonend bij ouders/familie/vrienden/kennissen ³ <input type="checkbox"/> klinische GGZ-instelling <input type="checkbox"/> jeugdzorginstelling <input type="checkbox"/> GZ-instelling <input type="checkbox"/> V&V-instelling <input type="checkbox"/> MO-voorziening <input type="checkbox"/> RIBW-instelling <input type="checkbox"/> Anders, nl.: (Toelichting, indien nodig):	
Staat u ingeschreven bij Woningsservice/woningbouwvereniging? (verplicht)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Welke: Zo ja: gelieve een kopie van inschrijving mee te sturen.
TIJDELIJK ADRES (indien van toepassing)	
Verblijft cliënt op een tijdelijk adres	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> ja, zorginstelling	Naam: Straat: Huisnummer: Postcode: Ingangsdatum: (Vermoedelijke) vertrekdatum:
<input type="checkbox"/> ja, anders	Naam: Straat: Huisnummer: Postcode: Ingangsdatum: (Vermoedelijke) vertrekdatum:

² *Schrappen wat niet past*

³ *Schrappen wat niet past*

CONTACTPERSONEN (anders dan uw behandelaar)

Heeft u een contactpersoon met wie wij contact kunnen opnemen wanneer u niet bereikbaar bent indien anders hiervoor gemeld? ja nee

Naam:

Tussenvoegsel:

Voorletters:

Geslacht Man Vrouw

Relatie tot u:

Tel.nr.:

E-mail:

Postcode:

Huisnummer:

Straat:

Woonplaats:

HUIDIGE ZORG/ONDERSTEUNING**Van wie ontvangt u op dit moment zorg/ondersteuning:**

- Netwerk:

Naam:

Naam:

Relatie tot u:

Relatie tot u:

- Vrijwillige zorg:

- Professionele zorg:

Welke zorg/ondersteuning ontvangt u van deze personen/instellingen (aard/hoe vaak):

-Netwerk:

-Vrijwillige zorg:

-Professionele zorg:

Indien er sprake is van een juridische status:

Welke instelling voert de (na)zorg uit:

Waaruit bestaat de (na)zorg:

Wat is de aard en frequentie van het (na)zorg-contact:

WAT IS DE AANLEIDING EN ZIJN DE OMSTANDIGHEDEN WAAROM U ZORG AANVRAAGT?**Hierbij kan u denken aan vragen zoals:**

- Welke beperkingen/problemen ervaart u in het dagelijkse leven?
Wat zijn uw hulpvragen voor de RIBW K/AM?
- Welke doelen wilt u ten aanzien van uw hulpvragen bereiken?
Wat wilt u bereiken? Wat is belangrijk in uw leven? Hoe ziet uzelf uw toekomst?
- Hoe wilt u uw doelen/wensen bereiken?
- Hoe ziet uw netwerk eruit?
Wie zijn er belangrijk in uw leven?
- Wat is uw huidige woonsituatie en waarom is dit voor u geen adequate woonsituatie meer op dit moment?
- Hoe ziet uw huidige dag invulling eruit?

Wat zou u ten aanzien van uw dag invulling anders willen? Wat is uw passie?

- Bent u verslavingsgevoelig en of heeft u een verslaving?
- Zijn er bijzonderheden waar rekening mee gehouden moet worden in de communicatie/bejegening met u?
- Zijn er andere bijzonderheden die u wilt vermelden? Zijn er bijvoorbeeld lichamelijke/somatische problemen waar wij rekening mee moeten houden.

Is er sprake van noodzaak tot onplanbare zorg:⁴ Ja Nee

Zo ja: in welke mate:

- voornamelijk overdag
- voornamelijk in de avond
- voornamelijk 's nachts
- een paar keer per week
- anders:

Toelichting (aard, frequentie,):

RISICO-INVENTARISATIE (verplicht)

⁴ Onplanbare zorg betekent per direct bereikbaarheid en beschikbaarheid van begeleiding.

Is er sprake van een risicovol gedrag? ja nee

Zo ja, wat is de aard van het risico dat zich bij u kan voordoen? (meerdere antwoorden mogelijk):

- Grensoverschrijdende gedragingen / agressieve gedragingen / overlast gevende gedragingen
- Zelfbeschadigende gedragingen
- Suïcidale uitingen en/of gedragingen
- Schadelijke gedragingen als gevolg van uw psychiatrische aandoening
- Schadelijke gedragingen vanuit middelengebruik (alcohol/drugs/medicijnen/gamen ect.)
- Schadelijke gedragingen omdat u dingen niet goed begrijpt of kunt overzien
- Gedragingen die schade aanbrengen aan eigendommen van uzelf of anderen
- Schadelijke invloeden op uw lichamelijke gesteldheid of (verergering) van uw lichamelijke klachten
- Gedragingen die schade aanbrengen aan medecliënten en/of welbevinden van anderen
- Weigeren of stoppen onmisbare behandeling of begeleiding, terwijl u dit wel nodig heeft?

(Verplicht) Indien één of meer van de hierboven beschreven risico's aangevinkt zijn, graag in apart document verder toelichten.

Bijzonderheden in uw thuissituatie / omgeving:

Hierbij te denken aan o.a. zware vervuiling; bouwtechnische mankementen; (gevaarlijke) huisdieren aanwezig; aanwezigheid wapens; aanwezigheid drugs en/of overlast gevende personen:

**Wat levert/leveren de risico('s) op?
(meerdere antwoorden mogelijk)**

- gevaar voor anderen
- gevaar voor uzelf
- kans op vernielingen

- kans verbale agressie
- kans op fysieke agressie
- overlast
- anders, namelijk:

Heeft u een signaleringsplan? ja in de maak nee

- zo ja: kopie van het signaleringsplan toevoegen aan de aanmelding

AANVULLENDE INFORMATIE

Het aanleveren van alle onderstaande gegevens is **verplicht** bij aanmelding t.b.v. intramurale zorg (Beschat/Beschermd wonen):

- Verwijsbrief van uw huisarts en/of behandelaar.
In de verwijsbrief dienen de volgende aspecten zoveel mogelijk toegelicht te worden:
- Biografie;
- Behandelvoorgeschiedenis: welke behandelingen/opnames hebben plaats gevonden/vinden plaats, met welk doel en met welk beoogd doel;
- DSM-classificatie en datum van beoordeling/bevestiging (mag NIET ouder dan twee jaar zijn);
- IQ-gegevens, indien ter zake doende;
- Verslag van uw huidig psychisch en sociaal functioneren.
- Kopie van het Wmo-onderzoeksverslag of het CIZ-onderzoeksverslag.
- Kopie van de beschikkings-/indicatiebesluitbrief van de betrokken centrumgemeente of het Centrum Indicatiestelling Zorg of het Centrum Jeugd en Gezin.
- Kopie negatieve verhuurdersverklaring (indien van toepassing).
- Kopie inschrijving als woningzoekende (indien van toepassing).
- Kopie signaleringsplan (indien van toepassing).

