**Aanmeldformulier Beschermd Wonen**

Met dit formulier kunt u ambulante zorg aanvragen bij RIBW K/AM.

Heeft u vragen over de inhoud van dit formulier? Neem dan contact op met de afdeling Zorgbemiddeling via telefoonnummer: 088-2148047.

Het volledig ingevulde formulier en eventuele aanvullende informatie kunt u bij ons inleveren. Dit kan op ons hoofdkantoor, per post of per e-mail.

**Postadres:**

RIBW K/AM

t.a.v. Afdeling Zorgbemiddeling

Postbus 2257

2002 CG Haarlem

**E-mailadres:**

[aanmeldingenadvies@ribw-kam.nl](mailto:aanmeldingenadvies@ribw-kam.nl)

**Bezoekadres:**

RIBW K/AM

Diakenhuisweg 11  
2033 AP Haarlem

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSOONLIJKE GEGEVENS[[1]](#footnote-1)** | |
| Achternaam |  |
| Voorletters |  |
| Geboortedatum | Dag Maand Jaar |
| Geslacht | Man Vrouw X  Evt. toevoeging (vb. voorkeursaanspreekvorm): |
| 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, bewind voering, mentorschap, curatele, zaakwaarneming, ect.) (verplicht) | Ja  Nee  Zo ja, welke:  Naam:  Tel.nr.:  E-mail:  Postcode:  Huisnummer:  Straat:  Woonplaats: |
| **Wie is uw behandelaar?** (verplicht indien van toepassing) | Organisatie:  Naam:  Tel.nr.  E-mail:  Adres:  Postcode:  Woonplaats: |

|  |  |
| --- | --- |
| **BESCHIKKING / INDICATIE GEGEVENS** | |
| **Heeft u een geldige WMO- beschikking?**  **Heeft u een forensische/justitiële titel?**    **Heeft u een geldige Wlz- beschikking?** | Ja  Nee  Zo ja, vanuit welke gemeente is de beschikking afgegeven?  -------------------------------------------------  -------------------------------------------------  -------------------------------------------------  -------------------------------------------------  Ja  Nee Zo ja, welke? En wanneer loopt deze af?  -------------------------------------------------  -------------------------------------------------  -------------------------------------------------  -------------------------------------------------  Ja  Nee  Zo ja, met welke grondslag?  ------------------------------------------------- |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTACTPERSONEN (anders dan uw behandelaar)**  ***Heeft u een contactpersoon met wie wij contact kunnen opnemen wanneer u niet bereikbaar bent, indien anders dan hiervoor gemeld?***  ja  nee | | |
| Naam:  Tussenvoegsel:  Voorletters:  Geslacht:  Man  Vrouw  Relatie tot u: | | Tel.nr.:  E-mail:  Adres:  Postcode:  Woonplaats: |
| **HUIDIGE ZORG/ONDERSTEUNING** | | |
| **Van wie ontvangt u op dit moment zorg/ondersteuning:**  - Netwerk:  Naam: Naam: Relatie tot u: Relatie tot u:  - Vrijwillige zorg:  Naam: Naam: Relatie tot u: Relatie tot u:  - Professionele zorg:  Naam: Naam: Relatie tot u: Relatie tot u:  **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 AANLEIDNG 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]](#footnote-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) | | |
| **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 (Beschut/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). | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AANVAARDINGSCLAUSULE**  Ik aanvaard dat RIBW K/AM in het kader van het totale hulpverleningstraject persoonsgevoelige informatie, verstrekt door mijzelf dan wel door een derde met mijn toestemming, opslaat en verwerkt.  Ik aanvaard tevens dat RIBW K/AM gebruik maakt van de, door mij of personen of instellingen die mij zorg verlenen, opgegeven informatie om het hulpverleningstraject vorm te geven.  **Naar waarheid ingevuld door:** | | | |
| Ondertekening door uzelf | Datum:  Handtekening: | | Plaats:  Naam in blokletters: |
| Ondertekening door vertegenwoordiger | Handtekening vertegenwoordiger:  Naam vertegenwoordiger in blokletters: | | Relatie tot vrager:  Tel. nr. |
| Indien dit aanmeld­formulier niet is ondertekend door uzelf,  wat is daarvan de reden? | Reden[[5]](#footnote-5): | | |
| Is deze aanmelding besproken met de zorgvrager? | Ja  Nee, omdat: |  | |

Zonder de gevraagde verplichte (aanvullende) informatie kan uw aanmelding niet in behandeling genomen worden.  
  
Eveneens kan zonder, door uzelf of uw wettelijk vertegenwoordiger[[6]](#footnote-6), ondertekend formulier de aanmelding in het kader van de huidige privacywetgeving niet in behandeling worden genomen.

In verband met de privacy gevoeligheid van de gevraagde informatie kan u er voor kiezen om dit aanmeldformulier persoonlijk in te (laten) leveren bij het hoofdkantoor van RIBW K/AM te Haarlem of aangetekend te versturen.

RIBW K/AM adviseert u om het aanmeldformulier niet eerder in te sturen alvorens u een beschikking of een indicatie heeft ontvangen van de verantwoordelijke gemeente of van het Centrum Indicatiestelling Zorg.

RIBW K/AM informeert u dat vanuit overheidswege eigen bijdrage-plichtig bent. RIBW K/AM adviseert u om, eventueel met behulp van een naastbetrokkene/uw huidige ondersteuner/onafhankelijk clientondersteuner, zelf de rekenmodule van het Centraal Administratie Kantoor (CAK) in te vullen om uw eigen bijdrage (globaal) te berekenen.

Op de website:

[Eigen bijdrage / eigen risico voor zorg | Hoe regelt u hulp en zorg? | Regelhulp - Ministerie van VWS](https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/hulp-en-zorg-regelen/eigen-bijdrage-en-eigen-risico) kunt u de rekenmodule invullen

1. *Bedoeld is hier de persoon die het gezondheidsprobleem heeft en daarvoor zorg of voorzieningen aanvraagt, verder aangeduid als ‘(zorg)vrager’.*  [↑](#footnote-ref-1)
2. *Doorhalen wat niet van toepassing is.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Doorhalen wat niet van toepassing is.*  [↑](#footnote-ref-3)
4. *Onplanbare zorg betekent per direct bereikbaarheid en beschikbaarheid van begeleiding.* [↑](#footnote-ref-4)
5. *Bijvoorbeeld: minderjarigheid zorgvrager, handelingsonbekwaamheid, problemen met schrijven.* [↑](#footnote-ref-5)
6. *Het betreft derhalve wettelijke vertegenwoordiging in juridische zin (ouder met wettelijk gezag, voogd, curator). Een handtekening van de (medisch) behandelaar, ondersteuner, mantelzorger, etc. volstaat niet.* [↑](#footnote-ref-6)