



SOZIALTHERAPEUTISCHE WOHNSTÄTTE
„BALANCE“

Aufnahmebogen

(1) Bewerber(in)

Name: Vorname:
geb. am: Geburtsort:
Familienstand:

(2) Gewöhnlicher Wohnsitz

PLZ / Ort:
Straße / Postfach:
Telefon:/.....

(3) derzeitiger Aufenthaltsort - falls von (2) abweichend -

PLZ / Ort:
Straße / Postfach:
Telefon:/.....
evt. Institution / Einrichtung:.....

(4) Betreuer(in)

Herr / Frau: Aufgabenbereich: Personensorge
Adresse: Vermögenssorge
..... Gesundheitssorge
Telefon: Aufenthaltsbest.
Amt / Verein: Sonstiges:
Einwilligungsvorbehalt bei:.....

Betreuung angeregt ambeim Amtsgericht.....

(5) Angaben zur Krankenversicherung

- Krankenkasse (Adresse):
.....
.....
- Krankenversicherungs - Nr.
- Versicherungskarte: vorhanden nicht vorhanden ist beantragt
- Befreiungskarte: vorhanden nicht vorhanden ist beantragt
- keine Krankenversicherung, Behandlungskosten zahlt Sozialhilfeträger:
.....

(6) Angaben zur Kostenträgerschaft

- Selbstzahler geschätzte Dauer:.....
- Antrag beim Kommunalen Sozialverband Sachsen gestellt
- Antrag auf Kostenübernahme genehmigt, Datum.....
- Aktenzeichen beim Kommunalen Sozialverband Sachsen:

(Bitte Kopie des Antrages bzw. der Erklärung der Kostenübernahme beilegen!)

(7) Angaben zum Einkommen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> EU- Rente | <input type="checkbox"/> Krankengeld |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld | <input type="checkbox"/> Sozialhilfe |
| <input type="checkbox"/> Wohngeld | <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... |

(8) Angaben zu Rechtsproblemen

- Anhängige, z. Z. nicht abgeschlossene Gerichtsverfahren
.....
- Bewährungsauflagen
.....
.....
.....
- Bewährungshilfe (Name, Adresse, Telefon):.....
.....

(9) Einzug

Einzug gewünscht / vorgesehen für (Datum):.....

(10) Sonstige Informationen / Bemerkungen

(z. B. Antrag auf Anerkenntnis einer Schwerbehinderung)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(11) Hinweise zum Datenschutz und Schweigepflichtsentbindung

Der / die Bewerber(in) und / oder der / die Betreuer(in) bestätigt die Richtigkeit der Angaben. Die Daten werden vertraulich im Rahmen der einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzes behandelt. Der / die Bewerber(in) und / oder der / die Betreuer(in) ist damit einverstanden, dass diese Daten im Rahmen der Arbeit vom Initiative Görlitz e. V. gespeichert werden.

Gleichzeitig entbindet der / die Bewerber(in) die MitarbeiterInnen der momentan behandelnden psychiatrischen Klinik bzw. Einrichtung(en) sowie seine / ihre Betreuer(in) von der Schweigepflicht gegenüber den MitarbeiterInnen des Initiative Görlitz e. V. . Dies betrifft u. a. die Erstellung eines Sozial- und Arztberichtes zur Aufnahme. Ebenso werden die MitarbeiterInnen des Initiative Görlitz e. V. untereinander von der Schweigepflicht entbunden.

Ort, Datum

Betreuer(in)

Bewerber(in)

(12) Anlagen

Wir bitten Sie, als Anlage zu diesem Aufnahmebogen einzureichen bzw. gegebenenfalls nachzureichen:

- Arztbericht
- Sozialbericht

(13) Anmeldung über

**Sozialtherapeutische Wohnstätte „Balance“
Carolusstraße 43
02827 Görlitz**

Tel.: 03581 / 73 69 172,
Fax: 03581 / 73 69 177
E-Mail: wohnstätte@initiative-goerlitz.de
Ansprechpartner: F. Thomas