|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zum/ zur Interessenten/in** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name: | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | Vorname: | | | | |  | |
| (des Menschen mit Behinderung) | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| Straße: | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | geb. am: | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| PLZ: | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | Ort: | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| Behinderungsart: | | | | | | | geistige Behinderung | | | | | Rollstuhlfahrer/in | | | | | | | | | | | | Mehrfachbehinderung |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| Ergänzende Hinweise: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pflegegrad: | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| Grad der Behinderung: | | | | | | | | |  | | | | | | Merkzeichen: | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| **Angaben der gesetzlichen Vertretung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name: | | | |  | | | | | | | | | | |  | Vorname: | | |  | | | | | |
| Straße: | | | |  | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | | | |
| PLZ: | | | |  | | | | | | | | | | |  | Ort: | | |  | | | | | |
| Telefon: | | | |  | | | | | | | | | | |  | eMail: | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | | | |
| Aufgabengebiete: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Ämter und Behörden | | | | | | | | | | | |  | | | Finanzen | | | | | | | | |
|  | | Gesundheitsfürsorge | | | | | | | | | | | |  | | | Aufenthalt/Wohnangelegenheiten | | | | | | | | |
|  | | Sonstiges: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| **Gewünschter Einzugstermin:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| **Derzeitige Wohnform:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | bei Eltern/Angehörigen | | | | | | | | | | |  | | | | im Wohnheim/AWG | | | | | | | | |
|  | | eigene Wohnung | | | | | | | | | | |  | | | | Sonstiges: | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |
| **Derzeitige Tagesstruktur:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Werkstatt | | | | | | | | | | |  | | | | Förder- & Betreuungsbereich | | | | | | | | |
|  | | Tagesstruktur über persönl. Budget | | | | | | | | | | |  | | | | Sonstiges: | | |  | | | | | |
|  | | keine | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |
| **Gewünschte Wohnform:** | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |
| Gemeinschaftliches Wohnen für Werkstattbesucher | | | | | | | | | | | (mit externer Tagesstruktur – Betreuung in der Regel Mo – Fr. 14 – 20 Uhr, Sa/So ganztägig, nachts Schlafbereitschaft) | | | | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftliches Wohnen mit interner Tagesstruktur | | | | | | | | | | | (Ganztagsbetreuung) | | | | | | | | | | | | | | |
| Wohngemeinschaft | | | | | | | | | | | (Betreuung Mo – Fr. 15 – 20 Uhr, S/So nach Bedarf) | | | | | | | | | | | | | | |
| Ambulant betreutes Wohnen | | | | | | | | | | | (1 – 2x pro Woche Betreuung in der eigenen Wohnung) | | | | | | | | | | | | | | |
| Wohngemeinschaft mit persönlichem Budget | | | | | | | | | | | (gemeinsame Betreuung nach Bedarf in der eigenen Wohnung der WG) | | | | | | | | | | | | | | |
| Gastfamilien | | | | | | | | | | | (individuelle Betreuung) | | | | | | | | | | | | | | |
| Sonstiges: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Beratung zu den Angeboten** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ich wünsche ein Beratungsgespräch zu meinem Bedarf und den möglichen Wohnformen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ich wünsche mit | | | | | | |  | | | | | | | | | | | gemeinsam zu wohnen. | | | | | | |
|  |  | | | | | | | (bitte Namen der entsprechenden Person angeben) | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
|  | Ich wünsche Kontakt zu anderen Angehörigen, welche eine neue Wohngemeinschaft gründen möchten. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| **Weitere Informationen:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen personenbezogenen Daten und personenbezogenen Daten besonderer Art für die Information über Leistungen im Bereich Wohnen/Familienunterstützender Dienst der Lebenshilfe Meißen im Rahmen der gesetzlichen Regelungen verarbeitet werden. Die Daten werden vertraulich behandelt.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum | | | Unterschrift | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | (Mensch mit Behinderung/ Vertretung) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Antrag bitte an folgende Adresse senden:**

Lebenshilfe Meißen e.V., Großenhainer Str. 25, 01662 Meißen

eMail: [info@lebenshilfe-meissen.de](mailto:info@lebenshilfe-meissen.de)

Bitte benachrichtigen Sie uns über Änderungen bzw. bei Hinfälligkeit des Antrages.