|  |
| --- |
| **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

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