**Aanmeldformulier voor Ambulante Woonbegeleiding**

Om uw aanmelding in behandeling te kunnen nemen, hebben wij onderstaande gegevens en documenten nodig:

* Dit ingevulde en ondertekende **aanmeldformulier**
* Een **kopie van de WMO-beschikking**

*Door het verstrekken van bovenstaande gegevens gaat u akkoord met het verwerken van uw gegevens binnen GGz Centraal.*

Om in aanmerking te komen voor Ambulante woonbegeleiding bij GGz Centraal dient u in het bezit te zijn van een geldige WMO-beschikking:

**Regio Noord-Veluwe:** *(Elburg, Ermelo, Harderwijk, Nunspeet, Oldebroek, Putten, Zeewolde)*

* Begeleiding individueel Regulier
* Begeleiding individueel Specialistisch

**Nijkerk:**

* Begeleiding individueel Regulier
* Begeleiding individueel Specialistisch

**Regio Barneveld / Ede / Scherpenzeel:**

* Wooncoaching
* Wooncoaching Extra

Mocht u nog niet in het bezit zijn van een geldige WMO-beschikking, dan kunt u een aanvraag doen via het WMO-loket van de gemeente waar u ingeschreven staat.

Uw aanmelding en de gevraagde gegevens kun u (bij voorkeur) mailen of opsturen aan:

GGz Centraal

T.a.v. Afd. Zorgbemiddeling

Postbus 1000

3850 BA Ermelo

Tel. 0341- 566301

E-mail: zorgbemiddeling@ggzcentraal.nl

Na binnenkomst van bovenstaande gegevens wordt u benaderd voor een kennismaking/ intakegesprek bij ons ambulante team. Van de door u verstrekte informatie en het gesprek wordt een verslag gemaakt, waarna bekeken wordt of GGz Centraal de begeleiding kan bieden die u vraagt en nodig heeft.

Als de uitkomst hiervan positief is wordt u op de wachtlijst geplaatst, of in sommige gevallen meteen in zorg genomen. Als wij u geen passend aanbod kunnen doen en de uitkomst negatief is, zullen we u informeren over alternatieven (bijvoorbeeld andere zorgaanbieders).

We zullen u en uw eventuele verwijzer hiervan op de hoogte stellen.

**Voor welke vorm van Ambulante woonbegeleiding is de aanmelding?**

* Ambulante woonbegeleiding
* Ambulante woonbegeleiding (autisme)

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam |  |
| Voornamen/voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geslacht |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |

**ID-gegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Soort ID-bewijs | **□** paspoort **□** ID-kaart **□** rijbewijs |
| Documentnummer | Nr: Afgiftedatum: Geldig tot/ met: |
| BSN-nummer |  |

**Indicatiegegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Indicatie | * Begeleiding individueel Regulier
* Begeleiding individueel Specialistisch
* Wooncoaching
* Wooncoaching Extra
 |
| Leveringsvorm: ZIN, PGB | **□** ZIN **□** PGB |
| Aantal minuten per week |  |
| Geldigheidsduur indicatie | Geldig van: Tot: |
| Afgegeven door | Gemeente: |

**Medische gegevens/ hulpvraag**

|  |  |
| --- | --- |
| *Diagnose: DSM 5* |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| *Beschrijving voorgeschiedenis:* |
| *Wat is de zorgvraag? Welke problemen zijn er in het dagelijks functioneren?* |

**Doelen en wensen**

|  |
| --- |
| *Wat is de verwachting en het doel van de gevraagde begeleiding?* |
| *Wat zijn de wensen van de aanvrager?* |

**Verwijzer**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Functie |  |
| Instelling |  |
| Adres |  |
| Telefoon |  |
| E-mailadres |  |

|  |
| --- |
| Cliënt verklaart hierbij akkoord te zijn met deze aanvraag en verleent toestemming voor de uitwisseling van gegevens ten behoeve van deze aanvraag.**Handtekening cliënt:****Datum:** |