**Aanmeldformulier voor Beschermd wonen**

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

* Dit ingevulde en ondertekende **aanmeldformulier.**
* Een recent **behandelplan, begeleidingsplan, diagnose, anamnese of psychologisch onderzoek** (indien aanwezig).

Daarbij hebben wij **een kopie van een geldige indicatie** nodig:

* **WMO-indicatie**: ZZP GGZ (C-pakket) vanaf pakket 3. Deze moet afgegeven zijn door de GGD Noord- en Oost-Gelderland (GGD-NOG).

of

* **WLZ-beschikking**: GGZ Wonen. Deze beschikking kan aangevraagd worden bij het CIZ.

**\*Is dit een aanmelding voor Beschermd Wonen in Barneveld? Let op:**

U dient in het bezit te zijn van een WMO-indicatie afgegeven door Centrumgemeente Ede.

Deze aanmeldingen verlopen rechtstreeks via de gemeente Barneveld (onderdeel van Centrumgemeente Ede). U zich kunt melden bij een gespreksvoerder van de WMO op telefoonnummer 14 0342. *U hoeft dit formulier dan niet in te vullen.*

Wilt u zich met een WLZ-indicatie aanmelden voor Beschermd Wonen in Barneveld, dan graag dit formulier invullen en mailen of versturen zoals hieronder beschreven.

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

Uw aanmelding en de gevraagde gegevens kun u (bij voorkeur) mailen of sturen 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 uw aanmelding voor Beschermd Wonen in behandeling genomen. Indien nodig, wordt er contact met u opgenomen voor meer informatie.

Als u in aanmerking komt voor plaatsing, ontvangt u een uitnodiging voor een intakegesprek.

Daarna kan er, direct voor of na afloop van de intake, een bezichtiging op de beschermde woonvorm naar keuze worden gemaakt.

Als de uitkomst van het intakegesprek positief is en de begeleiding passend, 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.

**Aanmelding Beschermd wonen, locatie:**

* Locatie Barneveld – De Haven\*
* Locatie ‘t Harde
* Locatie Nunspeet
* Locatie Ermelo
* Locatie Harderwijk
* Locatie Putten
* Autisme: Barneveld – Vondelhove\*
* Autisme: Putten – Ganzenhof

 *(s.v.p. aankruisen wat van toepassing is, meerdere opties mogelijk)*

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Geslacht |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |

**ID-gegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Soort ID-bewijs |  |
| Documentnummer | Nr: Afgiftedatum: Geldig tot/ met: |
| BSN |  |

**Ziektekostenverzekeraar**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Polisnummer |  |

**Indicatiegegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Indicatie | * WMO (ZIN - zorg in natura)
* WMO VPT (volledig pakket thuis)
* WLZ Wonen (GGZ-W)
* WLZ Wonen VPT (VPT GGZ-W)
 |
| Leveringsvorm: ZIN, VPT, PGB | **□** ZIN **□** PGB**□** VPT  **□** Anders, namelijk: |
| Geldigheidsduur indicatie | Geldig van: Tot: |
| Afgegeven door | Gemeente:CIZ: |

**Is er sprake van een Juridische maatregel?**

* Nee
* RM, geldig van/tot:
* Zorgmachtiging, geldig van/tot:
* Anders, namelijk:

Indien er sprake is van een mentor of curator:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres: |  |

**Medische gegevens/ hulpvraag**

|  |  |
| --- | --- |
| *Diagnose: DSM 5* |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| *Beschrijving voorgeschiedenis* |
|  |
|  |
| *Wat is de zorgvraag? Welke problemen zijn er in het dagelijks functioneren?* |
| *Wat is de huidige zorgsituatie? Welke hulp is er wellicht al betrokken?* |
| *Wat is de reden dat de zorgsituatie veranderd moet worden?* |

**Doel 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:** |