

Anfragebogen für Wohngemeinschaften für Menschen mit kognitiven Einschränkungen

Wir prüfen gerne Ihre Anfrage und richten uns hierbei nach verschiedenen Kriterien, um ein bedarfsgerechtes Angebot machen zu können. Hierbei beziehen wir den Standort des Angebots, Betreuungssetting, Bedarfe, Diagnosen, Regionalität, Notlagen und interne Verlegungen ein. Bitte beachten Sie, dass je nach Wohn- und Betreuungsform die Kriterien unterschiedlich sind.

Wir benötigen, um die Anfrage prüfen zu können, eine **aktuelle fachärztliche Stellungnahme**. Die fachärztliche Stellungnahme muss von einem Facharzt, hier Bereich Psychiatrie/ Neurologie, ausgestellt worden sein.

Für die Aufnahme bei uns gilt:

Auf der fachärztlichen Stellungnahme muss die **Diagnose einer leichten bis schwersten Intelligenzminderung ICD 10 F70 bis F73** vermerkt sein. Wir bitten um Verständnis, dass wir Ihre Anfrage leider nicht bearbeiten können, sofern diese Diagnose nicht vorliegt.

Persönliche Daten

männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Rechtliche Betreuung: (bitte Bestellsurkunde beilegen)

Name, Vorname: _____

Betreuungsverein: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Kontakt über rechtliche Betreuung oder

Name, Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Derzeitige Lebenssituation:

☐ Elternhaus ☐ eigener Wohnraum ☐ Besondere Wohnform ☐ ohne festen Wohnsitz

Kurzbeschreibung der aktuellen Wohnsituation

Anlass der Anfrage:

Kostenträger: ☐ Selbstzahler ☐ Kostenträger (i.d.R. LVR)

Staatsangehörigkeit: _____

Werkstattbesuch: ☐ ja

☐ noch nicht, wird angestrebt

☐ nein, nicht werkstattfähig, alternative Tagesstruktur erforderlich

☐ nein, nicht gewünscht

andere Tätigkeit: _____

(z.B. Reha-Maßnahme, Ausbildung, Umschulung, erster Arbeitsmarkt)

sonstige Leistungen: ☐ Rente ☐ SGB II (Jobcenter) ☐ SGB XII (Sozialamt) ☐ Wohngeld

☐ Sonstiges: _____

Wesentliche Behinderung:

☐ geistige Behinderung ☐ psychische/ seelische Behinderung ☐ Körperbehinderung

☐ Sinnesbehinderung ☐ Autismus-Spektrum-Störung (ASS) ☐ Sucht

Diagnosen: ICD-10 Diagnosen und Klartext:

Fachärztliche Stellungnahme eines Facharztes (Psychiater oder Neurologe) mit der entsprechenden Diagnose der Intelligenzminderung (F70.x – F73.x) bitte beilegen. Diese ist für die Bewilligung notwendig. Sie können dazu das beigefügte Formular nutzen.

Krankenkasse: _____ privat ☐ gesetzlich ☐

Leistungen der Krankenkasse oder Pflegeversicherung: ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche (z.B. Therapien) _____

Facharztanbindung: ja ☐ nein ☐

Fachrichtung/ Grund:

Aktuelle Medikation:

Letzter stationärer Klinikaufenthalt und Anlass:

Wir bitten Sie – sofern vorhanden – uns relevante Arztberichte der vergangenen 3 Jahre zur Verfügung zu stellen.

Bestehen bestimmte Ängste (z.B. Hunde, Treppen, Geräusche usw.): ☐ ja ☐ nein

Welche?

Pflegegrad: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ noch keine Einstufung beantragt

Ein Hilfeplan (BEI_NRW) wurde bereits erstellt (bitte beilegen): ☐ ja ☐ nein

Kostenzusage liegt vor (bitte beilegen) ☐ ja ☐ nein

Einstufung Leistungstyp und Hilfebedarfsgruppe bereits vorgenommen: ☐ ja ☐ nein

LT ____ / HBG ____

Grad der Behinderung : ____ %

Merkzeichen SBA:

Gewünschter Zeitraum der Aufnahme:

☐ so bald wie möglich ☐ perspektivisch ab

Unterstützungsbedarfe

Lesen/ Schreiben/ Rechnen:

☐ Ja, selbstständig ☐ Ja, mit Unterstützung ☐ Nein, Übernahme erforderlich

Ggf. Erläuterung:

Probleme lösen:

- ☐ Ja, selbstständig ☐ Ja, mit Unterstützung ☐ Nein, Übernahme erforderlich

Ggf. Erläuterung:

- ☐ Fremdaggressives Verhalten ☐ Autoaggressives Verhalten
☐ Verbal aggressiv ☐ Sachaggressiv

In welchen Situationen? Wie oft? In welcher Ausprägung?

Betreuung nachts erforderlich? ☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, welche Hilfe wird benötigt?

- ☐ Rufbereitschaft
☐ Nachtbereitschaft
☐ Nachtwache / Nachtdienst
☐ persönliche 24-Stunden-Assistenz

Bei Nachtwache oder persönlicher Assistenz:

Wobei wird nachts Hilfe benötigt?

Ernährung:

- ☐ Kann sich selbst Essen kochen und zu sich nehmen
☐ Kann sich einfache Zwischenmahlzeiten (z.B. Brot) selbst zubereiten und zu sich nehmen
☐ Kann sich kein Essen zubereiten, jedoch selbstständig zu sich nehmen
☐ Kann sich kein Essen zubereiten und benötigt Hilfe beim Einnehmen

Ist eine spezielle Ernährung erforderlich? (z.B. wegen Allergien?)

- ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Benötigt im pflegerischen Bereich Unterstützung bei:

- ☐ Duschen ☐ Zahnpflege ☐ Toilettengänge ☐ Anziehen
☐ Sonstiges _____

Kommunikation:

- ☐ Aktive Sprache ☐ Sprachverständnis
☐ Gestik, Mimik ☐ Kommunikationshilfen

Ggf. nähere Informationen:

Mobilität:

Barrierefreier Wohnplatz erforderlich

- ☐ Ja ☐ Nein

Bestehen Hinlauftendenzen? (Frühere Bezeichnung: Weglaftendenzen)

- ☐ Ja ☐ Nein

Findet sich in vertrauter Umgebung zurecht

- ☐ Alleine ☐ Mit Unterstützung ☐ Nein

Hilfsmittel

- ☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Orthesen
☐ Sonstiges: _____

Bestehen grundsätzliche Fähigkeiten zur Gestaltung von Kontakten und Beziehungen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Kann ein angemessenes Nähe-Distanz-Verhältnis gewahrt werden?

- ☐ Ja ☐ Nein

Besteht die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme zu fremden Menschen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Ist in der Lage, die Freizeit selbstständig zu gestalten

☐ Ja☐ Nein

Freizeitverhalten/ besondere Interessen/ Teilhabe

Sonstige Bemerkungen und Informationen:

[illegible]

Information bei unmittelbarer Datenerhebung (§ 17 DSGVO-EKD)

1. Verantwortliche Stelle

Diakonie Michaelshoven Leben mit Behinderungen gGmbH
z. H. Alice Rennert (Geschäftsführerin)
Pfarrer-te-Reh-Str. 1
50999 Köln

Telefon: 0221 9956-3011
E-Mail: a.rennert@diakonie-michaelshoven.de

2. Örtlich Beauftragte für den Datenschutz

Diakonie Michaelshoven e. V.
Leben mit Behinderungen
z. H. Örtlich Beauftragte für den Datenschutz
Pfarrer-te-Reh-Str. 1
50999 Köln

Telefon: 0221 9956-3012
E-Mail: Datenschutzbeauftragte@diakonie-michaelshoven.de

3. Verarbeitungszweck

Die personenbezogenen Daten werden im Rahmen der Anfragenabwicklung bzw. zur Aufnahme in die Warteliste verarbeitet, um eine evtl. künftige Versorgung in der Eingliederungshilfe der Leben mit Behinderungen zu ermöglichen.

4. Rechtsgrundlage

Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der personenbezogenen Daten wird wie folgt begründet:

- § 6 Nr. 5 DSGVO-EKD (zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Anfrage der betroffenen Person erfolgt),
- § 13 Abs. 2 Nr. 1 DSGVO-EKD (ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person für festgelegte Zwecke).

5. Empfänger der personenbezogenen Daten

Empfänger der personenbezogenen Daten sind der Diakonie Michaelshoven e.V. (IT) und Connexx Communication GmbH (Software Dienstleister)

6. Dauer der Datenverarbeitung

Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt, wenn eine Absage erfolgt ist oder kein Interesse mehr an einem Betreuungsplatz besteht.

7. Ihre Rechte

Betroffene Person haben das Recht auf Information und Auskunft, welche Daten über sie/ihn auf welcher Rechtsgrundlage und zu welchem Zweck verarbeitet werden.

Darüber hinaus besteht gemäß Datenschutzgesetz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD) ein Recht auf

- Berichtigung,
- Löschung,

- Einschränkung,
- Datenübertragbarkeit und
- Widerspruch gegen bestimmte Datenverarbeitungsvorgänge sowie auf
- Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde:
Der Beauftragte für den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland

1. Folgen der Nichtbereitstellung der personenbezogenen Daten

Wenn die personenbezogenen Daten nicht bereitgestellt werden, kann die Eignung für die Angebote der Leben mit Behinderung nicht ausreichend geprüft werden.

2. Widerruf

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.
Es wird gebeten, den Widerruf schriftlich zu erteilen.

Einwilligung zur Datenverarbeitung zu Versorgungszwecken

Ich bin damit einverstanden, dass die Leben mit Behinderungen meine personenbezogenen Daten, auch besondere Kategorien personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten), erfassen und als Anfragenabwicklung/Aufnahme Warteliste verarbeiten.

Ort, Datum

Unterschrift