

Erhebungsbogen zur Beurteilung des Hilfebedarfs

Aktenzeichen des LWL (falls bekannt) 602

Name _____ Vorname _____ Geb.-datum _____

PLZ, Wohnort _____ Straße _____

Staatangehörigkeit _____ Familienstand _____

gesetzlicher Betreuer:

Name _____ Vorname _____

PLZ, Wohnort _____ Straße _____

Umfang:

Gesundheitsvorsorge Aufenthalt Vermögenssorge

Sonstiges: _____

A. Art der Behinderung (Mehrfachnennungen möglich)

- Lernbehinderung Geistige Behinderung Psychische/Seelische Behinderung
 Verhaltensstörung Körperliche Behinderung Anfallsleiden Autismus
 Sehbehinderung Hörbehinderung Suchterkrankung
 Sonstige Einschränkung _____
 Hilfsmittelversorgung _____

B. Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI

- anerkannt Pflegestufe: _____
 beantragt, aber noch nicht entschieden
 nicht beantragt, weil _____
 nicht anerkannt

C. Bisheriges häusliches und soziales Umfeld

- lebt allein bei den Eltern/Familie/Pflegefamilie/Partner
 wohnungslos sonstige Wohnform _____

Unterstützung durch:

- Eltern, Angehörige, Freunde ambulanten Pflegedienst
 familienunterst. Dienst Psychosozialen Dienst
 Allgemeinen Sozialdienst Sonstige: _____

Freizeitgestaltung

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | in betreuten Gruppen | <input type="checkbox"/> | in Vereinen |
| <input type="checkbox"/> | mit Freunden/Bekannten | <input type="checkbox"/> | Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> | keine | | _____ |

individuelle Schwerpunkte der Freizeitgestaltung

D. Bisherige Tagesstruktur (Mehrfachnennungen möglich)

a. freier Arbeitsmarkt

b. im Rahmen institutioneller Einbindung

- in einer WfbM
- in einer Tagesstätte f. psychisch beh. Menschen
- Sonstiges

c. sonstige Tagesstruktur

E. Datenschutz

- Das Merkblatt „Datenschutzrechtliche Hinweise“ wurde der/dem Antragstellerin/Antragsteller und/oder der gesetzlichen Vertretung ausgehändigt.
- Die Entbindungserklärung von der Schweigepflicht wurde der/dem Antragstellerin/Antragsteller und/oder der gesetzlichen Vertretung ausgehändigt, und
 - ist unterschrieben als Anlage beigefügt
 - wird von der/dem Antragstellerin/Antragsteller bzw. von der gesetzlichen Vertretung unmittelbar dem LWL übersandt.
 - die Unterschrift auf der Entbindungserklärung wird verweigert

Ort, Datum

Unterschrift, Fachdienst

Unterschrift Antragsteller/in
und/oder gesetzlicher Betreuer

F. Regionale Angebotsstruktur (wird vom LWL ausgefüllt)

Wohneinrichtungen für

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> geistig Beh. | <input type="checkbox"/> Körperbeh. | <input type="checkbox"/> psychisch Beh. | <input type="checkbox"/> Suchtkranke |
| <input type="checkbox"/> Außenwohngruppe | <input type="checkbox"/> Außenwohngruppe | <input type="checkbox"/> Außenwohngruppe | <input type="checkbox"/> Außenwohngruppe |
| <input type="checkbox"/> Stat. Einzelwohnen | <input type="checkbox"/> Stat. Einzelwohnen | <input type="checkbox"/> Stat. Einzelwohnen | <input type="checkbox"/> Stat. Einzelwohnen |

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Komplexeinrichtung | <input type="checkbox"/> Ambulant betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung für Behinderte |
| <input type="checkbox"/> Außenwohngruppe | <input type="checkbox"/> geistig Behinderte | |
| <input type="checkbox"/> Stat. Einzelwohnen | <input type="checkbox"/> Körperbehinderte | |
| | <input type="checkbox"/> psychisch Behinderte | |
| | <input type="checkbox"/> Suchtkranke | |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ambulante Dienste | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|---|---|

<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------	-------------------

Anlagen

- Medizinische Stellungnahme u ggf. Schulbericht, Sozialbericht
 - beigefügt
 - wird vom Antragsteller dem unmittelbar zugeleitet
- Hilfebedarfsfeststellung für geistig behinderte/körperbehinderte Menschen
 - beigefügt
 - wird vom Antragsteller dem unmittelbar zugeleitet
- Hilfebedarfsfeststellung für suchtkranke/psychisch behinderte Menschen
 - beigefügt
 - wird vom Antragsteller dem unmittelbar zugeleitet
- Persönliche Stellungnahme/Selbsteinschätzung der/des Antragstellerin/Antragstellers
 - beigefügt
 - wird vom Antragsteller unmittelbar dem LWL zugeleitet
- Sonstiges, und zwar _____
 - beigefügt
 - wird vom Antragsteller unmittelbar dem LWL zugeleitet