

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Straße:	Familienstand:

**Persönliche Stellungnahme
zur Gewährung von Hilfen
in einer betreuten Wohnform**

I. Gewünschte Wohnform:

- | | | |
|----|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. | Ambulant Betreutes Wohnen, und zwar | |
| | Einzelwohnen | <input type="checkbox"/> |
| | Wohngemeinschaft | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Stationäres Wohnen, und zwar | |
| | Wohngruppe | <input type="checkbox"/> |
| | Außenwohngruppe | <input type="checkbox"/> |

Gründe:

II. Gewünschter Wohnort:

- | | | |
|----|------------------------------|--------------------------|
| 1. | Verbleib am jetzigen Wohnort | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Wohnortwechsel | <input type="checkbox"/> |
| 3. | kein besonderer Wunsch | <input type="checkbox"/> |

III. Meine derzeitige Lebenssituation schätze ich wie folgt ein:

	gut	zufriedenstellend	schlecht
1. Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beziehung zur Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beziehung zum Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. den Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. meine Freizeitbeschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. meine Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meine derzeitigen Betätigungen/ Kontakte möchte ich weiterhin wahrnehmen:

Ich schätze meine persönlichen Fähigkeiten wie folgt ein:

	gut	zufriedenstellend	schlecht
1. meinen Tagesablauf zu gestalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Essen zubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Putzen/Wäsche versorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Behördengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Freizeitaktivitäten gestalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Freundschaften aufbauen und erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. mit anderen Menschen Kontakt knüpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. mit meinen Einschränkungen umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Folgende professionelle Fachdienste/private Unterstützung nehme derzeit zur Unterstützung in Anspruch:

V. Ich wünsche mir weitere, ergänzende Hilfen:

VI. Ich habe den Wunsch, dass folgende(r) Dienst/Einrichtung mich zukünftig unterstützt

Meine Angaben sind vertraulich, einer Weitergabe wird nur im Zusammenhang mit dem Hilfeplanverfahren zugestimmt.

Ort

Datum

Unterschrift/ Antragsteller/in

Ort

Datum

Unterschrift/Betreuer/in

Persönliche Stellungnahme zur Gewährung von Hilfen in einer betreuten Wohnform

Ihre Meinung interessiert uns!

Die persönliche Stellungnahme ist von Ihnen selbst oder von Ihrem/Ihrer gesetzlichen Betreuer/in auszufüllen. Gern können sie auch Angehörige oder Freunde beim Ausfüllen des Vordruckes unterstützen.

Damit im Rahmen der Hilfeplanung Ihre Wünsche und Einschätzungen berücksichtigt werden können, bitten wir Sie die Persönliche Stellungnahme möglichst vollständig auszufüllen. Diese ist dann auch Grundlage für das Hilfeplangespräch in der Clearingstelle.

I. Gewünschte Wohnform

Geben sie hier bitte an, in welcher Wohnform Sie sich selbst am besten betreut fühlen und gern leben würden und begründen Sie Ihren Wunsch. Ambulant betreutes Wohnen bedeutet hier, dass sie in einer eigenen Wohnung allein oder in einer Wohngemeinschaft leben möchten und je nach Bedarf Ihnen stundenweise jemand in verschiedenen Bereichen des alltäglichen Lebens hilft und Sie unterstützt.

Im stationären Wohnen ziehen Sie um in eine betreute Wohneinrichtung, in der immer jemand da ist, um Sie bei Bedarf zu unterstützen.

II. Gewünschter Wohnort

Bitte geben Sie an, wo Sie zukünftig leben möchten.

III. derzeitige Lebenssituation/Kontakte

Hier können Sie angeben, wie Sie mit Ihrer derzeitigen Lebenssituation in den aufgezählten Bereichen zufrieden sind.

Sollten einzelne Punkte auf Sie nicht zutreffen, kreuzen Sie einfach nichts an. Ergänzungen oder auch Begründungen zu einzelnen Lebensbereichen können Sie als Freitext unten eintragen.

Ihre persönlichen Fähigkeiten

Geben Sie uns eine eigene Beurteilung Ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten, so dass wir einschätzen können, in welchen Bereichen Sie ggf. Unterstützung und Hilfe benötigen und wünschen. Für Sie wichtige Bereiche des Alltages, die nicht genannt sind, können Sie unter der Spalte *Sonstiges* frei einfügen.

IV. Einschätzung der in Anspruch genommenen Dienste

Sollten Sie jetzt bereits Hilfe und Unterstützung bekommen, tragen Sie dies bitte in den freien Zeilen ein. Bitte geben Sie hier Form und Umfang der Hilfe an und teilen Sie uns mit, ob Sie diese Hilfen für Sie persönlich als ausreichend empfinden.

V. Ergänzende Hilfen

Hier können Sie von Ihnen gewünschte zusätzliche Hilfen und Unterstützungen angeben.

VI. Zukünftige Hilfestellung

Wenn Sie schon einen ambulanten Dienst oder eine Einrichtung ausgewählt haben, tragen Sie an dieser Stelle den Namen und die Anschrift ein.

Bitte bestätigen Sie die von Ihnen gemachten Angaben durch Ihre Unterschrift. Wenn Sie es wünschen, kann auch Ihr Betreuer für Sie oder zusammen mit Ihnen die persönliche Stellungnahme unterzeichnen.

Ihre persönliche Stellungnahme können Sie dort abgeben, wo Sie Ihren Antrag auf Hilfen in einer betreuten Wohnform gestellt haben. Wenn Sie es wünschen, können Sie diese auch direkt dem Landschaftsverband Westfalen an nachfolgende Adresse übersenden:

**Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Soziales, Pflege und Rehabilitation**

48133 Münster