

Diesen Fragebogen bitte an folgende Adresse zurücksenden:

## Bogen zur Leistungsanfrage

Telefon 0800 945 3002 oder 0800 168 1014 angebotsberatung-hph@lvr.de

## LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen

z.Hd. Angebotsberatung

Hammfelddamm 6

41460 Neuss

	Anschrift:			
	Telefon:			
	E-Mail:			
01 Es werden Leistungen angefragt für:				
Name, Vorname:	GebDatum:			
Anschrift:	GebName:			
ggf. Einrichtung:	Geschlecht:			
	Konfession:		Hier haben Sie die	
	Nationalität:		Möglichkeit, ein Foto einzufügen	
Derzeitige Lebensform (bitte ankreuzen):		•		
☐ Elternhaus ☐ Eigene Wohnung ☐ Betreute Wohngemeinschaft ☐ andere, und zwar				
Krankenversichert bei:				
Pflegegrad:	nein	unbeka	annt	
Aktuelle Einstufung durch Kostenträger (wenn be	reits vorhanden bzw.	bekannt):		
LT / HBG bzw. FLS: Ko	stenträger:			
02 Rechtliche Vertretung				
Ist eine Vollmacht erteilt?	nein		☐ ja*1	
Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?	☐ nein		☐ ja*2	
Ist eine geschlossene Unterbringung gerichtlich angeordnet? ☐ nein ☐ ja*3, oder			☐ ja*3, oder	
Ist eine geschlossene Unterbringung erforderlich? ☐ nein ☐ ja			□ja	
Name, Vorname der Betreuung:				
Anschrift:				
Telefon:	mobil:			
I GIGIOII.	moon.			

Anfrage durch:

Name, Vorname:

- →\*1 Falls eine Vollmacht erteilt wurde, fügen Sie diese bitte eine Kopie bei.
- →\*2 Falls eine Betreuung eingerichtet ist, fügen Sie bitte eine Kopie der Bestellungsurkunde bei.
   →\*3 Bei einer angeordneten Unterbringung: Bitte fügen Sie die Kopie der gerichtliche Genehmigung und das Sachverständigengutachten hinzu.



03 Merkmale / Unterstützungsbedarf					
Geistige Behind	derung *4 (bitte ankr	euzen)			
leicht mittel			schwer		
Betreuungsbed	arf nachts (bitte anki	reuzen)			
Benötigt nachts keine Betreuung Schlafbereitschaft Aktiver Nachtdienst		ver Nachtdienst			
Pflegebedarf (bi	itte ankreuzen)				
Hilfe beim Waschen und Ankleiden		Hilfe bei der Nahrungsaufnahme		Inkontinenzversorgung	
Sonstige:					
Körperliche Bel	ninderung / wesentli	che Einschränkungen *	5 (bitte an	kreuzen)	
nein	Gehbehinderung	Hörbehinderung	Sehbeh [	inderung	Sondenernährung
	Immobilität	Gehörlosigkeit	Blin [	dheit	Epilepsie
Sonstige:					
Psychische Beł	ninderung *4*5 (bitte	ankreuzen)			
nein	Zwangshandlungen	Demenz	Psy [	chose	FASD □
	Autismus / Asperger	Sucht	Depr [	ession	Sonstige
Beschreibung:					
Herausfordernd	les Verhalten (bitte a	nkreuzen)			
nein	Sachbeschädigung	Autoaggression	Fremda [	ggression	MRV
Sonstige	Sonstige Beschreibung:				
Fragen zur Gesundheit					
<b>Bestehen weitere Erkrankungen?</b> *5 (z.B. Epilepsie, Diabetes, Allergien, Herz/Kreislauf-, Nieren-, Leber-, Magen- Infektionserkrankungen)					
Weitere Anmerkungen zum Unterstützungsbedarf					
Beschreibung:					
04 Arbeitserfahrung und Arbeitssituation					
Derzeitige Beschäftigung:					
Anschrift Arbeitgeber (Kontaktaufnahme unsererseits nur in Verbindung mit der Entbindung von der Schweigepflicht)					

<sup>→ \*4</sup> Bitte fügen Sie die fachärztliche Bescheinigung über das Vorliegen einer geistigen Behinderung oder einer Autismus-Diagnose hinzu!

<sup>→ \*5</sup> Falls vorhanden: Bitte weitere ärztliche Dokumente hinzufügen.



05 Gewünschte Leistung / Betr	euungsform			
☐ Wohnen in einer besonderen W	ohnform	☐ Kurzzeitwohnen		
☐ Wohnen in eigener Häuslichkeit	t ☐ Tagesstruktur	☐ Ambulante Pflege		
unsicher				
06 Regionale Zuordnung				
itegionale Zuorunung				
☐ Die Anfrage richtet sich an alle Regionen des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen				
Bitte markieren Sie, für welche Re	gionen Sie sich interessieren.			
☐ Kreis Kleve				
☐ Kreis Wesel	Kreis			
☐ Stadt Duisburg	Kleve Kreis			
	Wesel			
	3~ 6			
☐ Kreis Viersen	3 5			
☐ Stadt Krefeld	Duisburg			
☐ Kreis Heinsberg	-			
Rhein-Kreis Neuss	Kreis Krefeld Kre			
☐ Rhein-Erft-Kreis	Viersen Mettm	nann		
☐ Städteregion Aachen	Düsseld			
☐ Kreis Düren	Vania	Solingen		
☐ Kreis Euskirchen	Nouse L	ever-		
		usen Rhein- Bergischer		
	Rhein- Erft-	Kreis		
☐ Kreis Mettmann	Kreis	5 5 4		
☐ Stadt Düsseldorf	Städte- Kreis	Rhein-Sieg-		
☐ Stadt Solingen	Aachen Düren	Kreis		
☐ Stadt Leverkusen	~~ <i>{</i>	Bonn		
Rheinisch Bergischer Kreis				
☐ Rhein Sieg Kreis	Kreis			
☐ Stadt Bonn	Euskirchen			
	1			
Falls Sie sich gezielt für einen bestin	nmten Wohnbereich interessieren, da	nn teilen Sie uns dies gerne mit:		



07	Abschließend würden wir gerne wissen, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind
Viel	en Dank!
Folg	ende Unterlagen sind für diese Anfrage notwendig:
	Vollmacht, falls eine Vollmacht erteilt ist (*1) Betreuungsurkunde, falls eine Betreuung eingerichtet ist (*2) Fachärztliche Bescheinigung über das Vorliegen einer geistigen Behinderung (*4) BEI_NRW sowie Kostenzusage, falls vorhanden Arztliche Berichte oder Gutachten, falls vorhanden (*5) Gerichtliche Unterbringungsgenehmigung, falls angeordnet (mit Sachverständigengutachten) (*2) Sonstige, und zwar:

## Hinweis:

Die Verarbeitung personenbezogener Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen zum Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses. Die angegebenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich für die Bearbeitung der Wohnplatzanfrage genutzt.

Die / der Leistungsanfragende hat das Recht auf Einsichtnahme in die geführten Akten und sonstigen Unterlagen. Ein Recht auf Herausgabe dieser Aufzeichnungen hat die/der Leistungsanfragende nicht, da diese im Eigentum der Einrichtung stehen.

Wir bitten um Ihre Einwilligung zur Verarbeitung der Daten. Die Einwilligung ist völlig freiwillig und jederzeit widerruflich mit Wirkung für die Zukunft (die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bleibt rechtmäßig).

Bei Nichterteilung oder Widerruf der Einwilligung ist eine Berücksichtigung bei der Wohnplatzvergabe nicht möglich.



## Erklärung zum Datenschutz und zur ärztlichen Schweigepflicht

Rahmen der in § 104 SGB XI genannten Zwecke gel	nutzt und verarbeitet werden.
Ohne Ihr Einverständni	is ist eine Bearbeitung
Ihrer Anfrage NICHT m	nöglich!
	ischer Hilfen und die dortigen Mitarbeiter*innen von der ern, soweit dies zur Bearbeitung der Leistungsanfrage
	tin/Arzt gegenüber den Mitarbeiter*innen des LVR-Ver- rztlichen Schweigepflicht, soweit es sich um für meine
Ich bin damit einverstanden, dass, soweit dies für de an	eren Tätigkeit erforderlich ist, personenbezogene Daten
die Werkstatt für behinderte Menschen (Wfb	M)*
den Arzt / die Ärztin / den Facharzt / die Facl	härztin*
die Hilfeplankonferenz (HPK)*	
den medizinischen Dienst der Krankenkasse	en (MD)*
weitergegeben werden.	
* falls nicht gewünscht, bitte streichen.	
Ort, Datum	Unterschrift Kund*in
	oder bevollmächtigte Vertretung bzw. rechtliche Betreuung