|  |  |
| --- | --- |
| Datum van aanmelding |  |
| **Cliëntgegevens** |
| Achternaam |  |
| Voorletters |  | Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  | **[ ]** man [ ]  vrouw |
| Burgerservicenummer |  |
| Nationailteit |  |
| **Uw adresgegevens** |  |
| Straat/huisnummer |  |
| Postcode/woonplaats |  |
| Telefoon |  |
| E-mailadres |  |
| **Bij welke ziektekostenverzekeraar bent u verzekerd?** | **Polisnummer:** |
| **Leefsituatie** |
| [ ]  Alleenwonend |
| [ ]  Inwonende van een zorginstelling |
| [ ]  Thuiswonend bij ouders |
| [ ]  Andere huisgenoten, namelijk: |       |
| [ ]  Anders, namelijk: |       |
| **Persoonlijke gegevens partner (indien van toepassing)** |
| Achternaam |  |
| Voorletters |  | Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  | **[ ]** man [ ]  vrouw |
| Burgerservicenummer |  |
| **Kinderen (indien van toepassing)** |
| Naam |       | **[ ]** man [ ]  vrouw | geboortedatum      |
| Naam |       | **[ ]** man [ ]  vrouw | geboortedatum      |
| Naam |       | **[ ]** man [ ]  vrouw | geboortedatum      |
| Naam |       | **[ ]** man [ ]  vrouw | geboortedatum      |
| **Heeft u een wettelijke vertegenwoordiger?**  | [ ]  Ja [ ]  Nee |
| Wat is de wettelijke relatie? |
| [ ]  Bewindvoerder |       |
| [ ]  Curator |       |
| [ ]  Ouder |       |
| [ ]  Voogd |       |
| [ ]  Mentor |       |
| **Ouder(s)** |
| Naam en voorletter |       | **[ ]** man [ ]  vrouw |
| Straat/Huisnummer |       |
| Postcode/Woonplaats |       |
| Telefoonnummer |       |
| E-mailadres |       |
| Geboortedatum |       |
| Burgerservicenummer |       |
| **Andere contactpersoon** |
| Naam en voorletter |       | **[ ]** man [ ]  vrouw |
| Straat/Huisnummer |       |
| Postcode/Woonplaats |       |
| Telefoonnummer |       |
| E-mailadres |       |

|  |
| --- |
| **Welk aanbod heeft u nodig?** |
| [ ]  Wonen[ ]  Dagbesteding. Wat zijn uw interesses?       |
| **Motivatie aanmelding**Kunt aangeven waarom u/uw cliënt naar uw mening baat heeft bij de aangevraagde ondersteuning?     Indien u al zorg krijgt bij een andere zorgaanbieder, kunt u dan omschrijven wat de reden is dat u van zorgaanbieder wilt veranderen?       |
| **Heeft u een CIZ (Centrum indicatiestelling zorg)-indicatie aangevraagd?** **[ ]** Ja [ ]  NeeZo nee: Wilt u deze z.s.m. aanvragen bij het CIZ**Let op!** De aanmelding wordt pas in behandeling genomen zodra de indicatie/beschikking is ontvangen. |
| **Om uw aanmelding in behandeling te kunnen nemen hebben we onderstaande schriftelijke informatie nodig:*** Kopie huidig zorg-/begeleidings- of ondersteuningsplan
* Resultaten van evaluaties
* Kopie CIZ-indicatie
* Hulpverleningsgeschiedenis.
 |
| **Aard van de beperking**Indien u met ja of twijfel antwoordt, wilt u dan een toelichting geven |
|  | ja | twijfel | nee | Toelichting |
| Verstandelijke handicap | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| Lichamelijke handicap *Rolstoel gebonden* | [ ] [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| Autistisch Spectrum Stoornis | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| Anders, namelijk:      |
| **Hulpverleningsgeschiedenis**       |
| **Overige opmerkingen**Heeft u verder nog opmerkingen die van belang zijn voor deze aanmelding, maar niet in het voorgaande aan de orde zijn geweest, dan kunt u deze hieronder alsnog aangeven:      |
| **Verwijzer gegevens** | [ ]  Niet van toepassing |
| Naam verwijzende instantie |       |
| Voorletter(s) en achternaam | [ ]  Dhr. [ ] Mevr.  |
| Functie |       |
| Straat/huisnummer |       |
| Postcode/Woonplaats |       |
| Telefoon |       |
| E-mailadres |       |

Checklist voor verwijzer en cliënt

**Bijlagen**

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

|  |
| --- |
| **Akkoordverklaring** |
|  Hierbij verklaar ik:Naam cliënt:      Geboortedatum:      Naam wettelijk vertegenwoordiger:      (indien van toepassing)Akkoord te gaan met de aanmelding bij Tierelantuintje.[ ]  Ja [ ]  NeeTevens verklaar ik akkoord te gaan met eventuele uitwisseling van gegevens tussen de verwijzer, het CIZ en andere betrokken hulpverleners/behandelaars. Hierbij hoort ook het opvragen van medische gegevens bij huisarts of specialist. (indien nodig)[ ]  Ja [ ]  NeeIk geef permissie voor het gebruik van foto’s en video’ss voor intern gebruik.[ ]  Ja [ ]  Nee |
| **Handtekening cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger****Datum:** **Plaats:**  |  | **Handtekening verwijzer** |
|  | **Huisarts** |
| Naam en voorletter |       |
| Straat/Huisnummer |       |
| Postcode/Woonplaats |       |
| Telefoonnummer |       |
|  | **Specialist 1** | **Specialist 2** |
| Naam en voorletter |       |       |
| Straat/Huisnummer |       |       |
| Postcode/Woonplaats |       |       |
| Telefoonnummer |       |       |
| Bijzonderheden:       |
| Sla dit formulier op voor uw eigen administratie.**Daarna kunt u het formulier afdrukken, ondertekenen en opsturen naar:**TierelantuintjeGreat Haersmawei 49216WG Oudegat.a.v. cliëntadministratie |