**Aanmeldformulier** Datum aanmelding - -

|  |
| --- |
| **Personalia**  |
| Voorletters en achternaam  |  |
| Voornaam(namen)  |  |
| Roepnaam  |  |
| Geboortedatum  |  □ man □ vrouw  |
| Geboorte plaats  |  |
| Nationaliteit(en)  |  |
| Burgerlijke staat  |  |
| Burgerservicenummer (BSN)  |  |
| Soort Legitimatiebewijs  | Paspoort of ID-bewijs *(kruis door wat niet van toepassing is)* |
| Nummer Legitimatiebewijs |  |
| Zorgverzekeraar  |  |
| Polisnummer |  |
| E-mailadres  |  |
| Telefoonnummer (vast)  |  |
| Mobiel  |  |

|  |
| --- |
| **Huidige woonsituatie**  |
|   | □ Zelfstandig (eigen woning) |
|  | □ Begeleid zelfstandig (eigen woning)  |
|  | □ Bij ouders |
|  | □ Bij familie |
|  | □ In instelling |
|   | □ Anders namelijk: |
| Straat en huisnummer  |  |
| Postcode en woonplaats  |  |
| Naam en telefoonnummer  |  |
| Contactpersoon in woonsituatie  |  |
| Relatie tot zorgvrager  |  |

|  |
| --- |
| **Aanmelder**  |
| Naam verwijzende instantie  |  |
| Voorletters en achternaam  |  □ man □ vrouw  |
| Straat en huisnummer  |  |
| Postcode en woonplaats  |  |
| E-mailadres  |  |
| Telefoonnummer (vast)  |  |
| Mobiel  |  |

|  |
| --- |
| **1ste contactpersoon van zorgvrager** (indien van toepassing) |
| Voorletters en achternaam | □ man □ vrouw  |
| Voornaam(namen)  |  |
| Straat en huisnummer  |  |
| Postcode en woonplaats  |  |
| E-mailadres  |  |
| Telefoonnummer (vast)  |  |
| Mobiel  |  |
| Wettelijke vertegenwoordiger  | □ Ja □ Nee |
|  | □ bewind □ mentor □ curator |
| Relatie tot zorgvrager  |  |

|  |
| --- |
| **Rechtspositiemaatregel** (indien van toepassing) |
| Curatele  | □ Ja, sinds d.d.  | □ Nee |
| Bewind voering  | □ Ja, sinds d.d.  | □ Nee |
| Mentorschap  | □ Ja, sinds d.d.  | □ Nee |
| Reclassering  | □ Ja, sinds d.d.  | □ Nee |
| BOPZ *bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen* | □ Ja, sinds d.d.  | □ Nee |

|  |
| --- |
| **Indicatie en financiering**  |
| Indicatie  | □ Ja, soort indicatie :  |
|  | □ Nee |
|  | □ In aanvraag |
| Begin & einddatum indicatie | Begin d.d. Eind d.d. |
| Financieringsvorm  | □ WMO op basis van □ PGB □ ZIN |
|  | □ WLZ op basis van □ PGB □ ZIN |
| Dagbestedingsindicatie  | □ Ja □ Nee |

|  |
| --- |
| **Medicatie** |
| Gebruikt u medicatie?  | □ Ja, welke medicatie(s)? |
|  | □ Nee |

|  |
| --- |
| **Middelengebruik of gokken** |
| Maakt u gebruik van middelen en of  | □ Alcohol  |
| gokken?  | □ Nicotine |
|  | □ Softdrugs |
|  | □ Harddrugs |
|  | □ Gokken |
|  | □ Anders namelijk: |
| Is er sprake van  | □ Ja, welke? |
| verslavingsproblematiek? | □ Nee |

|  |
| --- |
| **Dagbesteding - (vrijwilligers)werk - onderwijs** |
| Huidige (recente) dagbesteding? | □ Vrijwilligerswerk |
|  | □ Werk in loondienst |
|  | □ Onderwijs |
|  | □ Dagactiviteitencentrum |
|  | □ Anders namelijk: |

|  |
| --- |
| **Financiën**  |
| Bron van inkomsten? | □ Salaris |
|  | □ Bijstandsuitkering |
|  | □ Wajong |
|  | □ WIA |
|  | □ Geen |
|  | □ Anders namelijk: |
| Is er sprake van budgetbeheer? | □ Ja □ Nee |
| Zo ja is er sprake van schuldhulp? | □ Ja □ Nee |

|  |
| --- |
| **Aanmelding voor**  |
|  | □ Wonen  |
|  | □ Ambulante ondersteuning  |
|  | □ Overbruggingszorg  |

|  |
| --- |
| **Zorgvraag** |
| *Beschrijf hier de reden van aanmelding en schets de huidige situatie.*  |

|  |
| --- |
| **Om uw aanvraag goed te kunnen beoordelen willen wij u vragen om de volgende documenten mee te sturen met dit aanmeldformulier. (indien van toepassing)** |
| Beeldvorming, valt te denken aan: | Meegestuurd?  | Zo nee, waarom niet? |
| Geldig indicatiebesluit | □ Ja □ Nee |  |
| Begeleidingsplan | □ Ja □ Nee |  |
| Behandelplan | □ Ja □ Nee |  |
| IQ / niveaubepaling | □ Ja □ Nee |  |
| Diagnostisch onderzoek | □ Ja □ Nee |  |
| Beschikking rechtspositie | □ Ja □ Nee |  |
| Verwijsbrief psychiater  | □ Ja □ Nee |  |
| Medicatie overzicht | □ Ja □ Nee |  |
| Beschikking juridische status | □ Ja □ Nee |  |
| ZRM- Zelfredzaamheid Matrix | □ Ja □ Nee |  |

|  |
| --- |
| **Akkoordverklaring en ondertekening** |
| Om tot een goed advies te komen is het noodzakelijk dat uw gegevens ter inzage gegeven worden aan functionarissen die betrokken zijn bij de aanmelding. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. |
| Geeft u toestemming om uw gegevens ter inzage door te geven aan betrokken functionarissen?  | □ Ja □ Nee |
| Geeft u toestemming om de aanmelding inclusief bijlagen per email te behandelen?  | □ Ja □ Nee |
| Geeft u toestemming om uw dossier in het kader van uw aanmelding te delen met betrokkenen instanties/personen die vermeld staan in dit aanmeldformulier? | □ Ja □ Nee |
| Geeft u toestemming aan Bea Zorg om gegevens op te vragen bij derden die passend zijn bij uw zorgvraag? | □ Ja □ Nee |

|  |
| --- |
| **Naar waarheid ingevuld** |
| Datum  |  |
| Plaats  |  |
| Naam zorgvrager, aanmelder of wettelijke vertegenwoordiger  |  |
| Handtekening |  |

|  |
| --- |
| **U kunt zich aanmelden op de volgende manieren** |
| **Per e-mail**U kunt het aanmeldformulier en de documenten mailen naar: aanmelden@mupb.nlVoor vragen kunt u telefonisch contact opnemen via telefoonnummer +13(0)6 536 933 35 |
|  |
| **Privacy**Voor dit formulier zijn de algemene privacyvoorwaarden van Bea Zorg van toepassing. Zie [www.mupb.nl/privacyreglement](http://www.mupb.nl/privacyreglement) voor meer informatieVoor vragen omtrent privacy kunt u per e-mail contract opnemen via:info@mupb.nl  |