**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.nl  Voor 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 informatie  Voor vragen omtrent privacy kunt u per e-mail contract opnemen via:  [info@mupb.nl](mailto:info@mupb.nl) |