



## Bewerbungsbogen für „Ambulant betreutes Wohnen“

**Bitte mindestens die Personalien angeben, weitere Angaben sind freiwillig.**

Interesse an WG

oder Einzelwohnen

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

geb. in: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Eltern: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Jetziger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

Überweisende Einrichtung/Begleitperson: \_\_\_\_\_

Kostenübernahme gestellt am: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_

Schulbildung: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

letzte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Einkommen: \_\_\_\_\_

Einkommensart: \_\_\_\_\_

Vermittelt durch: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente u. Dosierung: \_\_\_\_\_

Selbsteinnahme:

Ja

Nein

Selbsteinteilung der Finanzen:

Ja

Nein

Suizidgedanken/Suizidversuch (wann?): \_\_\_\_\_

Gesetzliche/r Betreuer/in: \_\_\_\_\_

Wirkungskreis:      Aufenthalt       Vermögen       Heilbehandlung

Behindertenausweis und Grad: \_\_\_\_\_

Besondere Schwierigkeiten: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche Hilfen werden benötigt: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Ziele: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Ambulant betreutes Wohnen**

**für psychisch kranke Menschen**

Laurentiusstr. 43 • 66773 Hülzweiler

Tel.: 06831 / 893190 • Fax 06831 / 89319-29

E-Mail: bw-huelzweiler@skm-ev.de • www.skm-ev.de