

Aanmeldformulier Matthias Zorg

1. Gegevens geïnteresseerde cliënt			
Achternaam, voorletter(s)		Roepnaam	
BSN		Geslacht	M / V
Geboortedatum		Woonplaats	
Adres		Postcode	
Telefoonnummer		E-mailadres	
Beperking	<input type="radio"/> Verstandelijke beperking <input type="radio"/> Gedragsproblematiek namelijk ... <input type="radio"/> Lichamelijke beperking namelijk ... <input type="radio"/> Nog geen diagnose <input type="radio"/> Anders, namelijk ...		

2. Gegevens wettelijk vertegenwoordiger			
Achternaam, voorletter(s)		Geslacht	M / V
BSN (indien van toepassing)		Woonplaats/ vestigingsplaats	
Adres		Postcode	
Telefoonnummer		E-mailadres	
Organisatie (Indien van toepassing)		KVK nummer (indien van toepassing)	
Relatie tot cliënt	<input type="radio"/> Ouder <input type="radio"/> Partner	<input type="radio"/> Voogd <input type="radio"/> Mentor	<input type="radio"/> Curator <input type="radio"/> Bewindvoerder

3. Gegevens aanmelder/verwijzer (als deze afwijkt van cliënt en wettelijk vertegenwoordiger)			
Naam		Functie	
Instantie		Relatie tot cliënt	
Woonplaats		Postcode	
Adres			
Telefoonnummer		E-mailadres	
Is deze instantie ook de laatste of huidige primaire zorgleverancier?			Ja / Nee

4. Interesse in (meerdere keuzes mogelijk)	
Woonlocatie	Utrecht / Amersfoort
Dagbesteding	<input type="radio"/> (gedeeltelijk of volledig) dagbesteding bij Matthias Zorg <input type="radio"/> Geen dagbesteding bij Matthias Zorg - vul details in bij punt 5
Eventuele wensen / bijzonderheden	Bijv. voorkeur verdieping, nodige aanpassingen

5. Beschrijf kort de zorgvraag

6. Hoe is de financiering geregeld	
<input type="radio"/> WMO	Gemeente die dit heeft toegewezen:
<input type="radio"/> WLZ	Welke CIZ indicatie?
Is er PGB?	Ja / Nee* *Zo nee: ben je bereid je ZIN om te laten zetten naar PGB? Ja / Nee
Bron van inkomsten	<input type="radio"/> Wajong <input type="radio"/> Andere uitkering namelijk ... <input type="radio"/> Salaris
Bijzonderheden?	

7. Externe zorg			
Heeft u momenteel dagbesteding, vervoer naar dagbesteding of therapie/behandeling (psychiater, psycholoog, therapeut) bij een (zorg)instelling die u wenst voort te zetten tijdens het wonen bij Matthias Zorg?			
<input type="checkbox"/> Ja, dagbesteding <input type="checkbox"/> Ja, vervoer naar dagbesteding <input type="checkbox"/> Ja, therapie/behandeling namelijk ... <input type="checkbox"/> Ja, anders namelijk ... <input type="checkbox"/> Nee (zo nee ga door naar punt 8)			
Organisatie			
Contactpersoon		Telefoonnummer	
Aantal uren/ dagdelen zorg		Financiering zorg	PGB / ZIN

8. Indien aanwezig ontvangen wij graag een kopie van:	
Zorgplan/ondersteuningsplan	Diagnostisch onderzoek
Indicatie WLZ of beschikking WMO	Kopie beschikking rechtbank status wettelijk vertegenwoordiger

Ingevuld formulier mag verstuurd worden per mail aan aanmelding@matthiaszorg.nl

Of per post aan: Matthias Zorg
Matthias Withoosstraat 36
3812 ST Amersfoort
O.v.v. aanmelding