**Aanmeldingsformulier PVT Sint-Amandus**

*We willen u vragen dit aanmeldingsformulier zo volledig mogelijk* *in te vullen. Het is wenselijk de door u ingevulde informatie**met de zorgvrager en de betrokken steunfiguren samen te bespreken en in te vullen.*

*Uw antwoorden helpen ons om een eerste beeld te krijgen van de zorgvraag.*

*Wij verwachten dat de aanmelder en de kandidaat-bewoner aanwezig zijn tijdens het kennismakingsgesprek en eventuele vervolggesprekken.*

**DATUM VAN AANMELDING:** Klik of tik om een datum in te voeren.

**Algemene voorwaarden**

De kandidaat-bewoner heeft een langdurige en gestabiliseerde psychiatrische stoornis die geen blijvende ziekenhuisbehandeling vergt.

De kandidaat-bewoner dient 6 maanden stabiel te functioneren voor de opname in het PVT.

De kandidaat-bewoner heeft nood aan een blijvende woonsituatie met begeleiding op maat.

De kandidaat-bewoner kan een opendeurstructuur aan.

Het financiële aspect van “wonen in een PVT” is in overweging genomen.

De zorgbehoefte van de kandidaat-bewoner is te gering om een verwijzing naar een WZC te overwegen.

1. **PERSOONSGEGEVENS ZORGVRAGER**

**Naam:**

**Voornamen:**

**Geboortedatum:** Klik of tik om een datum in te voeren.

**Geslacht:** Kies een item.

**Nationaliteit:**

**Verblijfadres:**

**Domicilieadres:**

**Telefoon/GSM:**

**E-mail:**

**Rijksregisternummer:**

**2. VERWIJZER**

**Verwijzende instantie:**

**Adres:**

**Contactpersoon:**

**Relatie tot de zorgvrager:**

**Telefoon/ GSM:**      

**E-mail:**

1. **REDEN AANMELDING**

**Geef een korte omschrijving van de reden van aanmelding (max 1500 tekens)**

**Omschrijf kort het tot nu toe gevolgde zorgtraject.**

1. **NETWERK ZORGVRAGER**

**Contactgegevens netwerk:**

**Betrokken familie/betekenisvolle derden:**

Naam:

Relatie tot de zorgvrager:

Telefoon/GSM:

E-mail:

**Familie/betekenisvolle derden:**

Naam:

Relatie tot de zorgvrager:

Telefoon/GSM:

E-mail:

**Familie/betekenisvolle derden:**

Naam:

Relatie tot de zorgvrager:

Telefoon/GSM:

E-mail:

**Contactgegevens professionele instanties:**

**Professionele instanties:**

Naam:

Relatie tot de zorgvrager:

Telefoon/GSM:

E-mail:

**Professionele instanties:**

Naam:

Relatie tot de zorgvrager:

Telefoon/GSM:

E-mail:

1. **DIAGNOSTIEK** (in te vullen door behandelend arts of bijvoegen van psychiatrisch verslag)

**Psychiatrische problematiek:**

* **Verduidelijking huidige psychiatrische problematiek**(Geef een korte beschrijving van de huidige problematiek en de evolutie die hierin werd doorgemaakt)

**Aanwezigheid verstandelijke beperking:** Kies een item.

* **Zo ja, laatste testafname + resultaat:** 
  + **Datum:** Klik of tik om een datum in te voeren.
  + **Test:**
  + **Resultaat:**
* **SEO-R²/SEO-V afgenomen?** Kies een item.

(indien afname, gelieve deze toe te voegen aan het aanmeldingsformulier)

**Somatische voorgeschiedenis**(Geef een beschrijving van de somatische voorgeschiedenis, max. 500 tekens)**:**

1. **ADMINISTRATIEVE GEGEVENS MAATSCHAPPELIJK WERK**

**Is er sprake van bewindvoering?**

* + Bewindvoerder goederen: Kies een item.
    - Naam:
    - Adres:
    - Telefoon:
    - E-mail:
  + Bewindvoerder persoon: Kies een item.
    - Naam:
    - Adres:
    - Telefoon:
    - E-mail:

**Zijn er juridische maatregelen van toepassing?**

* + Juridische maatregelen: Kies een item.

Indien sprake van juridische maatregelen, gelieve de nodige documentatie toe te voegen aan het aanmeldingsformulier.

**Is er een vertrouwenspersoon aangesteld?** Kies een item.

* + Zo ja, gelieve de naam in te vullen:

**Is er een VAPH-nummer/erkenning** (indien van toepassing)**:**

* Zo ja, prioriteitengroep: Kies een item.
* Zo ja, budget beschikbaar: Kies een item.
  + Zo ja, budgetcategorie (aanvraag voor 17/3/2020): Kies een item.
  + Zo ja, budgetcategorie (aanvraag vanaf 17/3/2020): Kies een item.

**Inkomen:**

Invaliditeitsuitkering mutualiteit

Inkomensvervangende tegemoetkoming

Integratietegemoetkoming

Categorie: Kies een item.

Pensioen

Inkomensgarantie voor ouderen

Hulp aan bejaarden

Leefloon

Bevoegd OCMW:

**Hospitalisatieverzekering (vrijblijvend):**

Verzekeringsinstelling:

Polisnummer: