

Fragebogen der Caritas Rosenheim zur Bewerbung

für: Ambulant Betreutes Einzelwohnen (BEW)

oder: TWG

Allgemeine Angaben		Notizen
Vorname, Name	_____	
Geburtsname	_____	
Geburtsdatum, -ort	_____	
Staatsangehörigkeit	O deutsch O _____ ggf. Aufenthaltsstatus _____	
Aktuelle Anschrift	Straße: _____ Wohnort: _____	
Erreichbarkeit	Festnetz: _____ Mobil: _____ Email: _____	
Aktueller Familienstand (bitte zutreffendes ankreuzen)	O ledig O verheiratet O eheähnl. Gem. O getrennt lebend O geschieden	
Eltern		
Vorname/Name	Mutter: _____	
Kontakt	Adresse: _____ O ja O nein	
Kontakt	Vater: _____ Adresse: _____ O ja O nein,	
Geschwister		
Name Vorname, Alter	_____	
Kontakt	O ja O nein	
Name Vorname, Alter	_____	
Kontakt	O ja O nein	

Kinder Name, Vorname, Geb.datum Kontakt Name, Vorname, Geb.datum Kontakt Name, Vorname, Geb.datum Kontakt	1. _____ _____ O ja O nein 2. _____ _____ O ja O nein 3. _____ _____ O ja O nein	
Soziales Umfeld Bezugspersonen	_____ _____	
Wohnform (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="radio"/> Mietwohnung, Vermieter _____ <input type="radio"/> bei den Eltern <input type="radio"/> Eigentumswohnung <input type="radio"/> _____	
Mobilität	<input type="radio"/> eigenes Kfz <input type="radio"/> öff. Verkehrsmittel (möglich ?) <input type="radio"/> Fahrrad	
Einkommen Erwerbsminderungsrente (seit) Vermögen	_____ _____ _____	
Schwerbehinderung/GDB Merkzeichen	_____ _____	

Gesetzliche Betreuung Bereiche	Name: _____ Anschrift: _____ Tel./Fax: _____ Mobil/Email _____ <input type="checkbox"/> Gesundheitspflege <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden <input type="checkbox"/> Postkontrolle <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten	
Zuständige Behörden Ansprechpartner	_____ _____	
Beratungsstellen (zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrische Dienste <input type="checkbox"/> Tagesstätte <input type="checkbox"/> Schuldnerberatung <input type="checkbox"/> Suchtberatung <input type="checkbox"/> andere: _____	
Beruflicher Werdegang Beschäftigung		
Schulabschluss , Jahr	_____	
Berufliche Ausbildung und Tätigkeiten/Erfahrung	_____ _____ _____ _____	
Letzte Arbeitsstelle Tätigkeit/Stundenumfang	_____ _____	

Hobby, Interessen	<hr/> <hr/>	
Erkrankung		
Ersterkrankung - Jahr	<hr/>	
<p>Gibt es eine psychiatrische Diagnose für ihre Erkrankung?</p> <p>Falls Arztberichte über die psychische Erkrankung vorhanden sind, können Sie sie gerne beilegen. (bitte zutreffendes ankreuzen)</p>	<hr/> <hr/> <p><input type="radio"/> vorhanden</p> <p><input type="radio"/> lege ich der Bewerbung bei</p> <p><input type="radio"/> lege ich der Bewerbung nicht bei</p>	
Wie ist Ihre Sichtweise über die Diagnose/n ?	<hr/> <hr/> <hr/>	
Erfahrung mit Suchtmitteln – aktueller Konsum (stofflich/nicht-stofflich)	<hr/> <hr/>	
Klinische Aufenthalte	<hr/> <hr/>	
Psychiatriefacharzt	<p>Name:</p> <hr/> <p>Adresse:</p> <hr/> <p>Tel./Fax:</p> <hr/>	

<p>Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Hausarzt</p>	<p>Name: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Tel./Fax: _____</p>	
<p>Therapeut</p>	<p>Name: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Tel./Fax: _____</p>	
<p>Allgemeine Fragen</p>		
<p>Welche Symptome haben Sie aufgrund Ihrer Erkrankung ?</p> <p>Wie sind Sie dadurch im Alltag beeinträchtigt ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Wer hat Ambulant Betreutes Wohnen vorgeschlagen und warum ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	

Welche Unterstützung erwarten Sie vom ambulant betreuten Wohnen in den folgenden Bereichen und welche Ziele haben Sie ?		
Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen	<hr/> <hr/> <hr/>	
Selbstversorgung und Wohnen	<hr/> <hr/> <hr/>	
Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Beschäftigung	<hr/> <hr/> <hr/>	
Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	<hr/> <hr/> <hr/>	
Umgang mit den Auswirkungen der Erkrankung/Behinderung	<hr/> <hr/> <hr/>	
Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Hat Sie beim Ausfüllen jemand unterstützt ?

ja : _____

nein

(Ort, Datum)

(Unterschrift Bewerber/in)

**Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden.
Wir bitten Sie daher die beigelegte Erklärung mit auszufüllen.
Vielen Dank!**

**Caritas Sozialpsychiatrische Dienste
Münchener Str. 24
83022 Rosenheim**

**Tel. 08031 20380
Fax 08031 203810**

Bewerbung für ambulant betreutes Wohnen

Sehr geehrte(r) Interessent(in),

Der beiliegende Fragebogen ist für uns eine Möglichkeit, sich Informationen zu holen und Ihren persönlichen Hilfebedarf kennen zu lernen, um die Klärung Ihres Anliegens und um erste Überlegungen, wie wir Sie unterstützen können.

In einem ersten Schritt möchten wir Sie darüber informieren, dass der Sozialpsychiatrische Dienst der Caritas, die von Ihnen erhobenen und für die Beratung erforderlichen personenbezogenen Daten auf der EDV-Anlage des Caritasverbandes speichert.

Selbstverständlich werden wir sowohl Ihre Daten, als auch die Inhalte der Gespräche streng vertraulich behandelt.

Die auf Ihre individuellen Fragestellungen angepasste „Einwilligung in die Datenverarbeitung“ wird im persönlichen Gespräch erarbeitet. Hier können auch die in diesem Zusammenhang eventuell entstehenden Fragen beantwortet werden.

Um diesen gesetzlich vorgeschriebenen Schritt möglichst kurz zu halten, bitten wir Sie vorab um folgende Angaben.

NAME: _____ VORNAME: _____

STRASSE: _____ ORT: _____

TELEFON: _____ GEBOREN AM: _____

E-MAIL : _____

(Bitte gut lesbar eintragen)

Wir möchten betonen, dass die berufliche Schweigepflicht (§203 BGB) eine wichtige Grundlage unserer Arbeit darstellt und bindend ist. Gerade deshalb wird das Thema am Beginn unserer Zusammenarbeit einen gewissen Raum einnehmen müssen.

Ich bestätige, dass ich meine personenbezogenen Daten freiwillig gegeben habe

Ort, Datum, Unterschrift