

**Gegevens van toekomstige bewoner**

Voorletter(s) : \_\_\_\_\_ Roepnaam: \_\_\_\_\_

Achternaam : \_\_\_\_\_

Straat : \_\_\_\_\_ Huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode : 

--	--	--	--	--	--	--	--

Woonplaats : \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Geslacht:  Man  VrouwTelefoon vast : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefoon mobiel: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mailadres : \_\_\_\_\_

BSN : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Omdat Samendracht in zijn begeleidingsvisie uitgaat van de driehoek  
bewoner – zorgaanbieder – ouder/vertegenwoordiger  
dienen ook de gegevens van de ouder/vertegenwoordiger te worden opgegeven.

**Gegevens van ouder/vertegenwoordiger**

Voorletter(s) : \_\_\_\_\_

Achternaam : \_\_\_\_\_

Straat : \_\_\_\_\_ Huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode : 

--	--	--	--	--	--	--	--

Woonplaats : \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Geslacht:  Man  VrouwTelefoon vast : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefoon mobiel: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mailadres : \_\_\_\_\_

BSN : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Relatie tot toekomstige bewoner  
(ouder/vertegenwoordiger/zorgverlener of anderszins): \_\_\_\_\_

<b>Woonsituatie en dagbesteding</b>		
1.	Wat is uw huidige woonsituatie?	<input type="radio"/> Inwonend bij ouders <input type="radio"/> Zelfstandig zonder begeleiding <input type="radio"/> Zelfstandig met begeleiding <input type="radio"/> Met een partner <input type="radio"/> In een woongroep <input type="radio"/> Anders namelijk .....
2.	Krijgt u momenteel woonbegeleiding?	<input type="radio"/> Nee ➤ <i>ga verder met vraag 4</i> <input type="radio"/> Ja
3.	Welke instelling levert de begeleiding momenteel?	.....
4.	Heeft u een vorm van dagbesteding buitenshuis?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja, opleiding <input type="radio"/> Ja, in loondienst <input type="radio"/> Ja, vrijwilligerswerk <input type="radio"/> Ja, dagactiviteitencentrum <input type="radio"/> Anders namelijk .....
5.	Wat zijn uw hobby's?	
6.	Welke opleiding hebt u gevolgd?	.....
	Diploma behaald?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja, in ..... (jaartal)
<b>Financiële situatie</b>		
7.	Heeft u een eigen inkomen?	<input type="radio"/> Nee ➤ <i>ga verder met vraag 9</i> <input type="radio"/> Ja, salaris <input type="radio"/> Ja, Wajong-uitkering <input type="radio"/> Ja, WW-uitkering <input type="radio"/> Anders namelijk .....
8.	Wat is de hoogte van uw uitkering of salaris per maand?	€ .....
<b>Indicaties</b>		
9.	Heeft u een CIZ-indicatie?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee ➤ <i>ga verder met vraag 14</i> <input type="radio"/> Is/wordt aangevraagd ➤ <i>ga verder met vraag 14</i>
10.	Op welke datum eindigt uw CIZ-indicatie?	Per: ..... (datum)
11.	In welke vorm ontvangt u de indicatie?	<input type="radio"/> PGB <input type="radio"/> ZIN (zorg in natura)
12.	Wat is de omvang van de toegekende indicatie?	<input type="radio"/> Code ZZP:..... <input type="radio"/> ...uur begeleiding individueel of klasse .. <input type="radio"/> ...uur begeleiding groep of klasse .. <input type="radio"/> ...uur behandeling of klasse ... <input type="radio"/> ...uur verzorging of klasse ... <input type="radio"/> ...uur verpleging of klasse ...
13.	Indien PGB, wie beheert dan dit budget?	<input type="radio"/> in eigen beheer <input type="radio"/> door derden namelijk .....

14.	Heeft u een mentor, bewindvoerder of curator?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja, mentor <input type="radio"/> Ja, bewindvoerder <input type="radio"/> Ja, curator
<b>Diagnose</b>		
15.	Is er bij u sprake van een stoornis uit het autistisch spectrum (ASS)?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja, autistische stoornis <input type="radio"/> Ja, Asperger <input type="radio"/> Ja, PDD-NOS
16.	Is er naast de ASS sprake van een andere diagnose of problemen?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja, namelijk: .....
17.	Wanneer is de ASS vastgesteld?	Datum: .....
18.	Door wie of door welke instelling is de ASS vastgesteld?	Naam persoon of instelling: .....
19.	Is er ooit een intelligentietest afgenomen?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja, op ..... (datum) en het resultaat was: .....
<b>Problemen in gedrag</b>		
20.	Bent u ooit in contact geweest met justitie?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja, in verband met: .....
21.	Gebruikt u drugs?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja, welke en wanneer (op welke momenten) .....
22.	Gebruikt u alcohol?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja, welke en wanneer (op welke momenten) .....
23.	Is er het laatste jaar contact geweest met een crisisdienst van de GGZ of een andere instelling?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja
24.	Is er sprake van agressief gedrag?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja
25.	Heeft u last van paniek- of angstaanvallen?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja
<b>Woonvisie Stichting Samendracht</b>		
26.	Bent u bereid begeleiding bij het wonen te aanvaarden zoals beschreven in de begeleidingsvisie van Samendracht?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja
27.	Bent u bereid woonbegeleiding te aanvaarden in de door Samendracht gekozen zorgaanbieder?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja

28.	Wat ervaart u als positieve eigenschappen of sterke kanten van uzelf?	
29.	Wat ervaart u als minder sterke kanten van uzelf?	
30.	Waar hebt u behoefte aan op het gebied van begeleiding bij het wonen? (bijv. administratie, vrije tijd, huishoudelijk werk)	

***Ruimte voor opmerkingen of toelichting:***

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Handtekening toekomstige bewoner:**

\_\_\_\_\_  
**Handtekening ouder/vertegenwoordiger:**

Formulier opsturen naar:  
**Bestuur Stichting Samendracht**  
**p/a Walta 26, 9202JN Drachten**

**Hierbij geef ik,**

Voorletter(s) : \_\_\_\_\_

Achternaam : \_\_\_\_\_

Straat : \_\_\_\_\_ Huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode 

--	--	--	--	--	--	--

 :

Woonplaats : \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

*aan het **AutismeTeam Noord Nederland te Drachten** ten behoeve van de toelatingscreening van de Stichting Samendracht te Drachten toestemming om nadere informatie op te vragen bij:*

**Psychiater:**

naam : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Plaats en postcode : \_\_\_\_\_

**Huisarts:**

naam : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Plaats en postcode : \_\_\_\_\_

**en het Autisme Team Noord Nederland te Drachten**

*ook toestemming om ten behoeve van de screenings contacten mijn ouder(s)/ vertegenwoordiger op te roepen en hen/hem gelegenheid te bieden deze screeningscontacten bij te wonen conform de Zorg/begeleidingsvisie van Samendracht.*

**en het Autisme Team Noord Nederland te Drachten**

*ook toestemming om ten behoeve van het vervolg van de intakeprocedure de Stichting Samendracht te rapporteren over de bevindingen van de screening.*

Plaats: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_