

Diesen Fragebogen bitte an folgende Adresse zurücksenden:

LVR-Verbund WohnenPlusLeben

z.Hd. Angebotsberatung

Hammfelddamm 6

41460 Neuss

Bogen zur Leistungsanfrage

Telefon 0800 1681014

0800 9453002

angebotsberatung-hph@lvr.de

Anfrage durch:	
Name, Vorname:	
Funktion:	
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail:	

01 Es werden Leistungen angefragt für:	
Name, Vorname:	Geb.-Datum:
Anschrift:	Geb.-Name:
ggf. Einrichtung:	Geburtsort:
	Geschlecht:
	Konfession:
	Nationalität:
Derzeitige Lebensform <i>(bitte ankreuzen)</i> :	
<input type="checkbox"/> Elternhaus	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung
<input type="checkbox"/> MRV	<input type="checkbox"/> andere:
<input type="checkbox"/> ambulante Assistenz	<input type="checkbox"/> besondere Wohnform
Krankenversichert bei:	
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja, und zwar (PG 0-5):	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> beantragt
Aktuelle Einstufung durch Leistungsträger (z.B. LVR /LWL; wenn bereits vorhanden bzw. bekannt):	
LT / HBG; FLS; ALS:	Leistungsträger:
AZ/GP-Nr.:	weitere bewilligte Leistungen:

02 Vertretung	
Ist eine rechtliche Vertretung eingerichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <i>(bitte Urkunde beifügen)</i>
Name, Vorname:	
Beziehung:	
Anschrift:	
Telefon:	mobil:
Fax:	E-Mail:

03 Diagnosen / Gesundheit				
Grad der Intelligenzminderung (bitte ankreuzen)				
Leicht (F70.x) <input type="checkbox"/>	Mittel (F71.x) <input type="checkbox"/>	Schwer (F72.x) <input type="checkbox"/>	Schwerst (F73.x) <input type="checkbox"/>	schwerst-mehrfach <input type="checkbox"/>
Diagnoseschlüssel ICD-10:				
Weitere Diagnosen:				
ICD-10 Schlüssel	Klartext			
Allergien/ Unverträglichkeiten				
Es bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten:			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, welche?				
Sonstiges				
Bestehen weitere Erkrankungen? Was ist wichtig, über den Gesundheitszustand zu wissen?				

04 Unterstützungsbedarf auf Grund von:				
Körperliche Einschränkungen: (bitte ankreuzen)				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> Parese / Plegie
	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Blindheit	<input type="checkbox"/> Gehörlosigkeit	
Sonstiges / Beschreibung:				
Mobilität:				
Laufen <input type="checkbox"/> alleine		<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Nein	
Treppen steigen <input type="checkbox"/> alleine		<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Nein	
Rollstuhl <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> eigenständig mobil	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	
Gehhilfen <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	Art:	
Kommunikation:				
<input type="checkbox"/> Verbal		<input type="checkbox"/> Non-verbal	<input type="checkbox"/> Mit Hilfsmittel (Talker, Bilder etc.)	
<input type="checkbox"/> Verbal mit Einschränkungen		<input type="checkbox"/> Gebärden	Art:	
Sonstiges / Hinweis:				

Psychische Einschränkungen: *(bitte ankreuzen)*

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Autismus	<input type="checkbox"/> FASD	<input type="checkbox"/> Psychose	<input type="checkbox"/> Demenz
	<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/> Sucht	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Zwangshandlungen
Sonstiges:				

Pflegebedarf:

Hilfsmittel notwendig: Nein Ja Art:

(Lifter, Pflegebett etc.)

Bitte beschreiben Sie die notwendige pflegerische Unterstützung:

Herausforderndes Verhalten:

	Beschreibung <i>(wie äußert sich das Verhalten, wie oft tritt es auf?)</i> :
<input type="checkbox"/> autoaggressiv	
<input type="checkbox"/> sachaggressiv	
<input type="checkbox"/> fremdaggressiv	
<input type="checkbox"/> verbal herausfordernd	
<input type="checkbox"/> sonstiges	

05 Sonstiges:
Derzeitige Beschäftigung:

<input type="checkbox"/> WfbM	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> erster Arbeitsmarkt
<input type="checkbox"/> Tagestruktur	<input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Kontakt derzeitige Beschäftigung:

Name Einrichtung:

Straße:

PLZ/ Ort:

Ansprechperson:

Funktion:

Telefon

Email:

Beschäftigung sollte erhalten bleiben Wechsel möglich

Nutzung technischer Geräte/ Hilfsmittel:

Folgende technische Geräte und/oder technische Hilfsmittel werden genutzt:

Folgendes ist zu beachten (*bei der Bedienung, Voraussetzungen zur Nutzung etc.*):

Sonstige Hinweise und Bemerkungen:

Folgendes ist noch wichtig / zu beachten (*besondere Gewohnheiten, Vorlieben etc.*):

06 Gewünschte Leistungen:
Assistenzform:

<input type="checkbox"/> besondere Wohnform <i>(betreute Wohngemeinschaft, WbW)</i>	<input type="checkbox"/> Kurzzeitwohnen	<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/> Tagestruktur <i>(Beschäftigungsangebot 2-3 Tage pro Woche)</i>
<input type="checkbox"/> ambulante Assistenz:	<input type="checkbox"/> in der eigenen Wohnung <input type="checkbox"/> einem Appartementshaus	<input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> sonstiges:	

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

<input type="checkbox"/> Keine nächtliche Unterstützung <i>(niemand anwesend o. erreichbar)</i>	<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft <i>(telefonische Erreichbarkeit)</i>	<input type="checkbox"/> Schlafbereitschaft <i>(im Haus)</i>	<input type="checkbox"/> Nachtwache <i>(aktive Unterstützung während der Nacht)</i>
---	---	--	---

Unterstützungsbedarf am Tag:

<input type="checkbox"/> keiner <i>(Alltag wird alleine bewältigt)</i>	<input type="checkbox"/> zeitweise Ansprechperson notwendig <i>(z.B. nach der WfbM, betreuungsfreie Zeiten möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Durchgehende Ansprechperson notwendig <i>(Anwesenheit, Ansprache)</i>	<input type="checkbox"/> durchgehende Assistenz notwendig <i>(unterstützende Handlungen)</i>
--	---	--	--

Freiheitsentziehende Maßnahmen:
Unterbringungsbeschluss nach §1906 Abs. 1 BGB (geschlossene/ geschützte Unterbringung):

Ja Nein Notwendig

Beschreibung (*Grund/ gefährdendes Verhalten, Einschätzung zur notwendigen Sicherung*):

Beschluss für weitere freiheitsentziehende Maßnahmen §1906 Abs. 4 BGB (Fixierung, Bettgitter, Absonderung etc.):

Ja Nein Notwendig

Art der Maßnahmen:

Grund der freiheitsentziehenden Maßnahmen:

Gewünschter Ort der Leistungen (s. Übersichtskarte S. 5, bitte ankreuzen):

Alle Regionen

Kreis Kleve

Kranenburg, Kleve, Bedburg-Hau, Kalkar, Goch, Uedem, Rees, Emmerich, Geldern, Issum, Kevelaer, Kerken, Wachtendonk
Solingen

Kreis Wesel

Wesel, Xanten, Sonsbeck, Alpen, Voerde, Kamp-Lintfort, Moers
Leverkusen

Duisburg

Rheinisch-Bergischer-Kreis

Leichlingen, Burscheid, Wermelskirchen, Kürten
Krefeld

Rhein-Erft-Kreis

Erfstadt, Bedburg
Kreis Viersen

Nettetal, Niederkrüchten, Schwalmthal, Tönisvorst, Viersen
Städte-Region Aachen

Eschweiler
Kreis Heinsberg

Wegberg, Erkelenz
Kreis Düren

Jülich, Aldenhoven, Langerwehe, Düren, Nörvenich, Vettweiß
Rhein-Kreis-Neuss

Bewo Neuss
Kreis Euskirchen

Euskirchen, Zülpich
Düsseldorf

Bonn

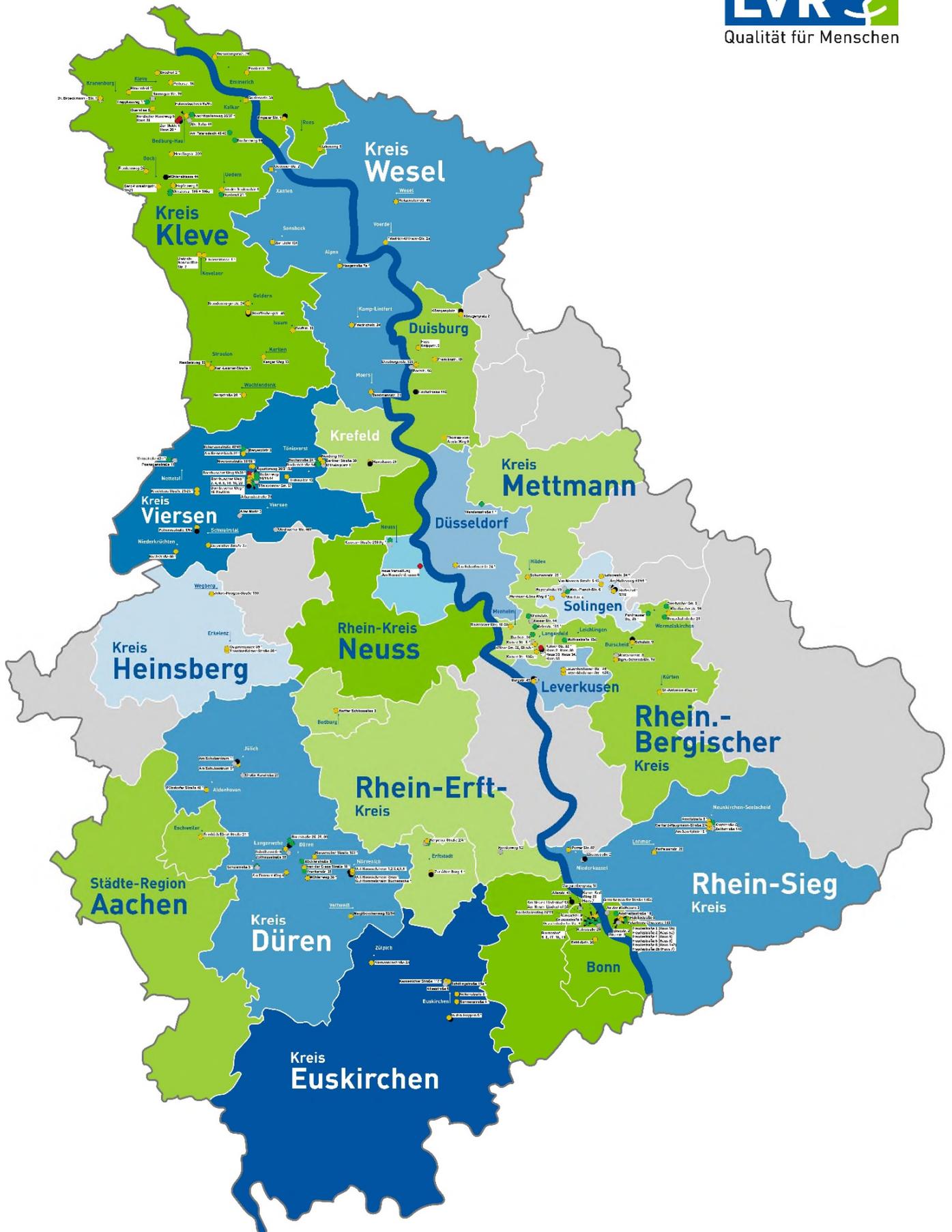
Kreis Mettmann

Rhein-Sieg-Kreis

Lohmar, Neunkirchen-Seelscheid, Niederkassel
Hinweis:

Die genauen Standorte der Häuser und unserer Bewo-Büros mit den entsprechenden regionalen Ansprechpartner*innen entnehmen Sie bitte unserer Internetseite wpl.lvr.de unter „**unsere Angebote**“

Falls Sie sich für einen bestimmten Wohnbereich interessieren, geben Sie dies bitte hier an:



07 Abschließend:

Benötigte Unterlagen:

Folgende Unterlagen werden zwingend benötigt *(die Bearbeitung der Anfrage ist nur dann möglich):*

- **Bestellungsurkunde**
(falls eine rechtliche Vertretung eingerichtet ist)
- **Fachärztliche Stellungnahme / fachärztliches Schreiben über die vorliegenden Diagnosen**
(vorzugsweise mit ICD-Code und Beschreibung der Teilhabebeeinträchtigungen)
- **Beschluss über geschlossene Unterbringung oder freiheitsentziehende Maßnahmen**
(falls gerichtlich angeordnet, mit fachärztlichem Gutachten)
- **Bescheid Eingliederungshilfe**
(wenn bereits beantragt)
- **Bescheid Pflegegrad**
(wenn beantragt und erteilt)

Folgende Unterlagen sind bei einer Anfrage hilfreich:

- BEI_NRW *(ggf. Hilfeplan)*
- Ärztliche Berichte / Gutachten
- Pädagogische Berichte *(z.B. WfbM, Jugendhilfe, Zeugnis etc.)*
- Pflegeüberleitungen
- Bericht des Medizinischen Dienstes
- o.ä.

Hinweis:

Die Verarbeitung personenbezogener Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen zum Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses. Die angegebenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich für die Bearbeitung der Wohnplatzanfrage genutzt.

Die / der Leistungsanfragende hat das Recht auf Einsichtnahme in die geführten Akten und sonstigen Unterlagen. Ein Recht auf Herausgabe dieser Aufzeichnungen hat die/der Leistungsanfragende nicht, da diese im Eigentum der Einrichtung stehen.

Wir bitten um Ihre Einwilligung zur Verarbeitung der Daten. Die Einwilligung ist völlig freiwillig und jederzeit widerruflich mit Wirkung für die Zukunft (die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bleibt rechtmäßig).

Bei Nichterteilung oder Widerruf der Einwilligung ist eine Berücksichtigung bei der Wohnplatzvergabe nicht möglich.

Erklärung zum Datenschutz:

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass die zur Leistungsanfrage erfassten Daten im Rahmen der in § 4 SGB IX genannten Zwecke genutzt und verarbeitet werden.

Ort, Datum



Unterschrift Kund*in oder bevollmächtigte*r Vertreter*in bzw.
rechtliche*r Betreuer*in

Schweigepflichtsentbindung vor Leistungserbringung:

Ich entbinde den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen und die dortigen Mitarbeitenden von der Schweigepflicht gegenüber eventuellen Leistungsträger, soweit dies zur Bearbeitung der Leistungsanfrage erforderlich ist.

Außerdem entbinde ich meine behandelnden Ärzt*innen gegenüber den Mitarbeitenden des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht, soweit es sich um für meine Betreuung erforderliche Informationen handelt.

Ich bin damit einverstanden, dass, soweit dies für deren Tätigkeit erforderlich ist, personenbezogene Daten an

- Arbeitgeber*
- Ärzt*innen*
- Therapeut*innen*
- Eltern*
- den medizinischen Dienst (MD)*
- _____

weitergegeben werden.

*** unbedingt ankreuzen.**

Ort, Datum

X

Unterschrift Kund*in oder bevollmächtigte*r Vertreter*in bzw.
rechtliche*r Betreuer*in

Bitte füllen Sie den Bogen, soweit möglich, vollständig aus, er dient als Grundlage um ein passendes Angebot zu finden.

Alle Unterlagen können Sie gerne per Mail an Angebotsberatung-hph@lvr.de zusenden.

Die regionalen Ansprechpartner*innen finden Sie auf unserer Internetseite wpl.lvr.de unter „[unsere Angebote](#)“.

Vielen Dank!