

Bewerbung für ambulante Wohnbetreuung

Sterntal gGmbH – Binger Str. 87 – 14197 Berlin

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Adresse:

(Straße)

(PLZ, Ort - Bezirk)

Telefon:

(Handy, Festnetz)

Mail:

Gesetzliche Betreuung (Name, Vorname):

Adresse:

(Straße)

(PLZ, Ort - Bezirk)

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Betreuungsbereiche:

Bezugspersonen

Mutter:

Vater:

Sonstige:

Anschrift:

Anschrift:

Anschrift:

Geschwister:

Geschwister:

Sonstige:

Anschrift:

Anschrift:

Anschrift:

Schulische/ berufliche Ausbildung

Schulabschluss:

Sonderschule Hauptschule Realschule Gesamtschule Keinen

Teilnahme an beruflichen Fördermaßnahmen? ja nein

Welche? (Von-Bis, Art der Maßnahme, Institution)

Abgeschlossene Berufsausbildung? ja nein

Wenn ja, welche?

Arbeit/ Tagesstruktur

Berufstätig: ja nein

Fördereinrichtung / Werkstatt/ Arbeitgeber:in:

Wie sind die momentanen Arbeitszeiten?:

Anschrift:

Ansprechpartner:in (Mail/Tel./Fax):

Andere tagesstrukturierende Maßnahme:

Ansprechpartner:in (Mail/Tel./Fax):

Ohne Beschäftigung, weil

Behinderung

Art der Behinderung: Geistige Behinderung
 körperliche Behinderung
 Mehrfachbehinderung
 Sonstige

Ist eine medizinische **Diagnose** gestellt worden? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Liegen **psychische Auffälligkeiten** vor? Welche?

Liegt bereits eine Eingruppierung in eine **Hilfebedarfsgruppe** nach dem Metzler-Verfahren oder eine **Kostenübernahme für das Betreute Einzelwohnen** vor?

Ja Nein Welche/ In welchem Umfang?

Grad der Behinderung (GdB):

Welche **Hilfsmittel** werden benötigt?

- Rollstuhl Schienen Rollator
 Brille Inkontinenzhilfen (nach Bedarf) Ohrenstöpsel
 Hörgeräte
 Sonstige, nämlich:

Benötigen Sie Hilfe bei der Einnahme von Medikamenten? Ja Nein

Welche Hilfe wird benötigt?:

Welche Medikamente werden benötigt?

Medikament	Dosierung	Bemerkungen

Gesundheit

Besteht ein Anfallsleiden?: Ja Nein

Beschreibung (Wann, wie oft, Hilfestellung, Medikation, Auslöser):

Wie ist der allgemeine Gesundheitszustand (Anfälligkeiten, chronische Erkrankungen)? Wie ist die körperliche Belastbarkeit?

Gab es Erkrankungen in den letzten 6 Monaten? Ja Nein

Welche?

Sind allergische Reaktionen bekannt? Ja Nein

Welche?

Alltägliche Lebensführung

Wird Hilfe bei der Grundpflege / Körperpflege benötigt? Ja Nein

(Waschen / Duschen / Hygiene / Zahnpflege usw.)

Benötigen Sie Hilfe bei der Toilettennutzung? Ja Nein

Benötigen Sie Hilfe beim Morgenablauf? Ja Nein

(Wecken, Benutzung Wecker o.ä., Frühstück, Kleidungsauswahl)

Benötigen Sie Hilfe beim An- und Ausziehen? Ja Nein

Gibt es relevante Besonderheiten, Gewohnheiten oder Rituale bezüglich des Schlafens

(Selbstständiges zu Bett gehen, fester Schlafrhythmus, wie viel Schlaf wird benötigt)?

Brauchen Sie Assistenz bei folgenden Tätigkeiten: Einkauf / Küchenarbeit / Essen zubereiten / Essen (bitte zutreffendes unterstreichen)? Ja Nein

Ist Assistenz nötig um Ordnung zu halten (z. B. Aufräumen)? Ja Nein

Ist der Weg zur Arbeit allein zu bewältigen? Ja nein nach Wegetraining

Besonderheiten (räumliche Orientierung, Verkehrssicherheit, Orientierung in vertrauter Bewegung):

Benötigen Sie Unterstützung bei dem Umgang mit Geld? (Kenntnis über Geldwerte von Münzen und Scheinen, Einteilung von Geld, Benutzung EC-Karte):

Wünschen Sie Unterstützung oder Beratung bei der Ernährung (Unverträglichkeiten oder Allergien, Kenntnisstand über gesunde und ausgewogene Ernährung)?

Wie ist der Umgang mit Tieren? (Erfahrungen mit Haustieren, Vorlieben/Ängste)

Kommunikation und Soziales

Benötigen Sie Unterstützung bei der Kommunikation?
(z. B. Sprachcomputer, Verständnis der Gebärdensprache o.ä.):

Ja

Nein

Wie sind die Fähigkeiten beim Lesen/Schreiben/Sprechen/Hören:

Gibt es relevante Besonderheiten bezüglich des Sozialverhaltens (in der Gruppe, in Einzelsituationen)?

Interessen/Abneigungen:

Belastungsgrenzen:

Gibt es relevante Verhaltensauffälligkeiten? Worauf muss besonders geachtet werden? Wie ist das Verhalten in Konfliktsituationen?

Unterstützung

Gibt es bereits **Förderschwerpunkte** oder **Teilhabeschwerpunkte** (z. B. in öffentlichen Einrichtungen, Arbeitgeber, Einzelfallhilfe)?

Welche Art der Unterstützung wird gewünscht?

Sonstige Bemerkungen/Hinweise/Wünsche:

Datum:

Unterschrift:.....