

Sterntal Wohnen gGmbH . Binger Str. 87 . 14197 Berlin

Sterntal Wohnen gGmbH
Interessentenbogen für das Betreute Einzelwohnen (BEW)
oder eine betreute Wohngemeinschaft (WG)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Adresse: (Straße)

..... (PLZ, Ort - Bezirk)

Telefon (Handy, Festnetz):

E-Mail:

Sonstige Informationen:

.....
.....

Gesetzliche Betreuung

Name, Vorname:

Adresse: (Straße)

Sterntal Wohnen gGmbH

Binger Straße 87
14197 Berlin

Geschäftsführung:
Dennis Golz
Ines Jacoby
Elisabeth Schliemann

Handelsregister AG Charlottenburg
HRB 101814 B
Gemeinnützigen Zwecken dienend
FA für Körperschaften I, Berlin
Steuernummer: 27/602/51828

Bankverbindung:
Berliner Volksbank
IBAN: DE58 1009 0000 5396 0180 06
BIC: BEVODE33

..... (PLZ, Ort - Bezirk)

Telefon (Handy, Festnetz):

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:

Anschrift:
.....
.....

Wie sind die momentanen Arbeitszeiten?:

Ansprechpartner:in (E-Mail/Telefon/Fax):

Andere tagesstrukturierende Maßnahme: :

Ansprechpartner:in (Telefon/E-Mail/Fax) :

Weitere Informationen

- Art der Behinderung: Geistige Behinderung
 Körperliche Behinderung
 Mehrfachbehinderung
 Sonstige

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

Wenn ja, welche?

.....
.....

Grad der Behinderung (GdB):

Liegen **psychische Erkrankungen** vor? Welche?

.....
.....

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

Ja Nein

Hilfebedarfsgruppe oder Höhe der KÜ (St/Wo):

Bewilligungszeitraum:

Welche **Hilfsmittel** werden genutzt?

- Rollstuhl
- Schienen
- Rollator
- Brille
- IKM
- 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

Besteht eine Anfallserkrankung?: 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 Allergien bekannt? Ja Nein

Welche?.....
.....

Alltägliche Lebensführung

Wird Unterstützung bei der Grundpflege / Körperpflege benötigt? Ja Nein

Art der Unterstützung:
.....
.....

Benötigen Sie Assistenz bei der Toilettennutzung? Ja Nein

.....
.....

Benötigen Sie Unterstützung beim Morgenablauf? Ja Nein

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

Benötigen Sie Unterstützung beim An- und Ausziehen? Ja Nein

.....
.....

Gibt es relevante Besonderheiten, Gewohnheiten oder Rituale bezüglich des Schlafens (Selbstständiges zu Bett gehen, fester Schlafrhythmus)?

.....
.....

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

.....
.....

Wird Assistenz benötigt, um Ordnung zu halten (z.B. beim Aufräumen)? Ja Nein

.....
.....

Wird der Weg zur Arbeit eigenständig bewältigt? Ja nein nach Wegetraining Besonderheiten (räumliche Orientierung, Verkehrssicherheit, Orientierung in vertrauter Bewegung, Fahrdienst):

.....

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, Beratung über gesunde und ausgewogene Lebensmittel)?

.....
.....

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

.....
.....

Kommunikation und Soziales

Nutzen Sie Unterstützte Kommunikation, kommunizieren mittels Gebärdensprache o.ä.?

Ja Nein

(z.B. Sprachcomputer, Verständnis der Gebärdensprache o.ä.):

.....
.....

Wie sind die Fähigkeiten beim Lesen und Schreiben?

.....
.....

Gibt es relevante Besonderheiten bezüglich sozialer Interaktionen (in der Gruppe, in Einzelsituationen)?

.....
.....

Sonstige Interessen/Abneigungen:

.....
.....

Belastungsgrenzen:

.....
.....

Worauf sollte besonders geachtet werden? Z.B. in Konfliktsituationen?

.....
.....

Sonstiges

Gibt es bereits **Teilhabschwerpunkte** oder sonstige **Schwerpunkte in der pädagogischen Begleitung** (z.B. in anderen öffentlichen Einrichtungen, bei der Arbeit, in der Einzelfallhilfe)?

.....
.....
.....

Welche Art der Unterstützung wird gewünscht?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sonstige Bemerkungen/Hinweise/Wünsche:

.....
.....
.....
.....

Datum: Unterschrift: