pro mente wien

miteinander für psychische Gesundheit

1040, Grüngasse 1a
Tel.: 01/ 513 15 30
Fax: 01/ 513 15 30/ 350

ANMELDUNG für „BETREUTES WOHNEN“

☐ teilbetreute Wohngemeinschaft ☐ in der eigenen Wohnung
☐ SMS (selbständig mit sozialem Netz) ☐ Übergangshaus

Zuweisung erfolgt über:

Name: .....

Institution (Adresse und Telefonnr.): .....

Funktion: ..... Kontakt für Rückfragen/bez. Erstgespräch: .....

AntragstellerIn:

.....
Name **SV-Nr./Geburtsdatum** **Geschlecht**

.....
Wohnsitz/Adresse **Familienstand** **Staatsbürgerschaft**

.....
e-mail **Telefon-Nr.**

Gültige FSW-Bewilligung: ja ☐ ist beantragt ☐ FSW-Leistungsstufe ☐

Pflegegeld: Stufe ☐ ist beantragt ☐ keines ☐

Derzeitige Wohn/Lebenssituation: .....

Derzeitige Beschäftigungssituation: .....

Derzeitige medizinische Betreuung: .....

.....
Name Adresse Telefon-Nr.

Diagnose (nach ICD-10): .....

Was soll das Ziel der Betreuung sein? .....

.....

Wobei brauchen Sie Unterstützung? .....

Ich bin einverstanden, dass meine Daten an den Fonds Soziales Wien weitergegeben werden dürfen.

Datum Unterschrift KlientIn Unterschrift ZuweiserIn