



St. Josefs-Stift gemeinnützige GmbH

Frau Johanna Hupp

Pfarrer-Robert-Kümmert-Straße 1

D-97249 Eisingen

☎: 09306/ 209-118

@: aufnahmeanfragen-SJS@tatenwerk.social

Hiermit beantrage ich die Aufnahme für:

Anschrift:

☎:

@:

Der Antrag wird gestellt von:

Anschrift:

☎:

@:

- Wir interessieren uns für:
- einen Wohnplatz
 - kurzzeitiges Wohnen (Verhinderungspflege)
 - gewünschter Aufnahmetermin, ab dem:
 - Informationsmaterial
 - Besichtigungstermin
 - Sonstiges:

Ort, Datum

Unterschrift

Weitere Informationen finden Sie auf unsere Website unter www.josefs-stift.de

Dort zu entnehmen sind auch die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 / Art. 14 DSGVO
<https://www.josefs-stift.de/ueber-uns/impressum>

Persönliche Daten

Angaben über die aufzunehmende Person

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Konfession:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Krankenkasse:	Anschrift:	
Selbst versichert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Versichert bei:		
Bankverbindung (auf welche die Grundsicherung/ Rente überwiesen wird)		
Name:	Vorname:	
IBAN:	BIC:	
Sozialversicherungsnummer:		
Steuer-ID-Nr.:		
Wird Rente bezogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt eine Schwerbehinderung vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(bitte Kopie vom Schwerbehindertenausweis beilegen)	Grad der Behinderung:	
Gesetzliche Betreuung		
Name:	Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:	
Betreuung in folgenden Angelegenheiten:		
(bitte Kopie der Betreuerausweis beilegen)		
Familienangehörige (Name, Anschrift, Telefon):		
Behandelnder Arzt:		

Art der Behinderung (Mehrfachnennungen möglich)

- Lernbehinderung
- Geistige Behinderung
- Psychische/ Seelische Behinderung
- Verhaltensauffälligkeiten
- Körperliche Behinderung
- Anfallsleiden
- Autismus-Spektrum
- Sehbehinderung
- Hörbehinderung
- Suchterkrankung
- Sonstige Einschränkung:
- Hilfsmittelversorgung:

Krankenpflege / Gesundheitsfürsorge / Medizinische Versorgung

Werden spezielle Pflegemaßnahmen benötigt?

wenn ja, welche:

Wurden Therapien bisher in Anspruch genommen?

wenn ja, welche:

Liegen körperliche Erkrankungen vor?

wenn ja, welche:

Liegen ansteckende Erkrankungen vor?

wenn ja, welche:

Sind Allergien bekannt?

wenn ja, welche:

Begutachtungen

nach H. Metzler (HMBW-Bogen)

Hilfebedarfsgruppe:

der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XII

Pflegegrad:

beantragt, aber noch nicht entschieden

nicht beantragt, weil:

nicht anerkannt, weil:

Bisherige Wohnsituation

lebt allein

bei Eltern/ Familie/ Pflegefamilie/ Partner

Wohneinrichtung, (welche):

sonstige Wohnform:

Grund des Aufnahmegesuchs

Aus welchen Gründen wünschen Sie eine Heimaufnahme?

Bisherige Tagesstruktur

Ausbildungs-/ Beschäftigungsverhältnisse (wo und von wann bis wann?)

Derzeit beschäftigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
WfbM:	Förderstätte:	Tagesstätte:

sonstige Tagesstruktur:

Anlagen

Zu unserer besseren Einschätzung benötigen wir folgende Unterlagen und bitten Sie diese als Anlage mit dem Aufnahmeantrag an uns zu senden.

- ärztliche Stellungnahmen
- HMBW-Bogen (H. Metzler)
- Entwicklungsberichte/ HEB-Bögen
- Zeugnisse (Schule/ Beschäftigungsbereich)

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt!

ASSISTENZBEDARF

I. Assistenzbedarf im Bereich der lebenspraktischen Fertigkeiten

Benötigt →	Selbständig	Beratung	Aufforderung	Anleitung & Hilfestellung	Unterstützung & Begleitung	vollständige Assistenz
• Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aufstehen/ Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

II. Assistenzbedarf im Bereich Lebensführung

Benötigt →	Selbständig	Beratung	Aufforderung	Anleitung & Hilfestellung	Unterstützung & Begleitung	vollständige Assistenz
• Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soziale Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorlieben, Hobbies:

Anmerkungen:

III. Kompetenzen im Bereich Kommunikation (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> spricht und unterhält sich | <input type="checkbox"/> spricht in einfachen Sätzen |
| <input type="checkbox"/> besitzt passives Sprachverständnis | <input type="checkbox"/> spricht einige Worte |
| <input type="checkbox"/> kann nonverbal zeigen, was er*sie will | <input type="checkbox"/> kann sich nicht äußern |

verwendet Kommunikationsmittel:

IV. Besonderer Unterstützungsbedarf

	Assistenzbedarf				
	Keiner	Gering	Mittel	Hoch	Sehr hoch
• Selbsteinschätzung (Erkennen von Stärken und Schwächen, Selbst- und Fremdwahrnehmung, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Umgang mit sich selbst (Selbstwertgefühl, Körpererleben, Zwänge, Unruhe, Ängste, Tics und Bewegungsstörungen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herausforderndes Verhalten (Selbst- und Fremdverletzende Verhaltensweisen, Zerstören von Gegenständen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychische Erkrankungen (Depression, Manie, schizoaffektive Erkrankungen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Anmerkungen:

Sonstiger Bedarf, und zwar:

Bereits in Anspruch genommene medizinische Hilfen (Klinikaufenthalte, Medikation, etc.):