Tatenwerk
St. Josefs Stift

SJS

St. Josefs-Stift gemeinnützige GmbH

Frau Johanna Hupp
Pfarrer-Robert-Kümmert-Straße 1
D-97249 Eisingen

Telefon: 09306 209-118
E-Mail: aufnahmeanfragen-SJS@tatenwerk.social

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme für: _____

Anschrift: _____

Der Antrag wird gestellt von: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

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.tatenwerk.social/st-josefs-stift/wohnen/. Bitte entnehmen Sie über www.tatenwerk.social/impressum/ die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 / Art. 14 DSGVO.

Persönliche Daten

Angaben über die aufzunehmende Person

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Konfession: _____ Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit:_____

Wird Rente bezogen? ☐ Ja, _____ ☐ Nein

Liegt eine Schwerbehinderung vor? ☐ Ja, Grad der Behinderung _____ ☐ Nein
(bitte Kopie vom Schwerbehindertenausweis beilegen)

Gesetzliche Betreuung

Name: _____ Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Betreuung in folgenden Angelegenheiten (bitte Kopie der Betreuerausweis beilegen):

_____

_____

_____

Art der Behinderung (Mehrfachnennungen möglich)

☐ Lernbehinderung ☐ Geistige Behinderung ☐ Psychische / Seelische Behinderung

☐ Verhaltensauffälligkeiten ☐ Körperliche Behinderung ☐ Suchterkrankung

☐ Autismus-Spektrum ☐ Sehbehinderung ☐ Hörbehinderung ☐ Anfallsleiden

☐ Sonstige Einschränkungen: _____

☐ Hilfsmittelversorgung: _____

Grund des Aufnahmegesuchs

_____

_____

_____

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

☐ 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:in

☐ Wohneinrichtung, (welche): _____

☐ sonstige Wohnform: _____

Bisherige Tagesstruktur

☐ besucht eine WfbM in ☐ Vollzeit / in ☐ Teilzeit

☐ besucht eine Tagesförderstätte in ☐ Vollzeit / in ☐ Teilzeit

Anlagen

Bitte senden Sie folgende Unterlagen als Anlage mit dem Aufnahmeantrag an uns zu. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt!

☐ Ärztliche Stellungnahmen

☐ Entwicklungsberichte (falls vorhanden)

ASSISTENZBEDARF

I. Assistenzbedarf im Bereich der lebenspraktischen Fertigkeiten

Benötigt →	Selbständig	Beratung	Aufforderung	Anleitung & Hilfestellung	Unterstützung & Begleitung	vollständige Assistenz
Körperpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ernährung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Toilette	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aufstehen / Zubettgehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilität	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Orientierung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hauswirtschaftliche Versorgung	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anmerkungen:

_____

_____

II. Assistenzbedarf im Bereich Lebensführung

Benötigt →	Selbständig	Beratung	Aufforderung	Anleitung & Hilfestellung	Unterstützung & Begleitung	vollständige Assistenz
Freizeitgestaltung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Soziale Beziehung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Umgang mit Geld	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vorlieben, Hobbies:

_____

_____

Anmerkungen:

_____

_____

III. Kompetenzen im Bereich Kommunikation (Mehrfachnennungen möglich)

☐ besitzt passives Sprachverständnis ☐ besitzt aktive Sprache

Verwendet Kommunikationsmittel:

_____

_____

IV. Besonderer Unterstützungsbedarf

Herausforderndes Verhalten	Keine	Gering	Mittel	Hoch	Sehr hoch
Autoaggression	☐	☐	☐	☐	☐
Selbst- / Fremdverletzende Verhaltensweisen	☐	☐	☐	☐	☐
Zerstören von Gegenständen	☐	☐	☐	☐	☐

Anmerkungen:

_____

_____

_____

_____

Sonstiger Bedarf, und zwar:

_____

_____

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

_____

_____

_____