

# Aanmeldingsformulier beschermd wonen

Cliënt:	
Datum:	

## 1. Personalia

Achternaam:			Geslacht:	
Voornaam:		Voorletters:		
Adres:				
Postcode:		Plaats:		
BSN:				
Geboortedatum:		Geboorteplaats:		
Nationaliteit:		Verblijfsstatus:		
Telefoonnummer:		Email:		
Burgelijke staat:				

## 2. Heeft u zich ook aangemeld bij een andere aanbieder van beschermd wonen?

<input type="checkbox"/> Ja namelijk bij:	
<input type="checkbox"/> Nee	

## 3. Is er sprake van (of een vermoeden van) psychiatrische problematiek?

<input type="checkbox"/> Ja	Toelichting:
<input type="checkbox"/> Nee	

Indien ja, de informatie mee sturen met dit aanmeldformulier (behandelplan, diagnose etc).

#### 4. Heeft u een behandelaar? Zo ja, wat zijn de gegevens?

Naam:	
Functie:	
Organisatie:	
Adres:	
Telefoon:	
E-mailadres:	

#### 5. Bent u woonachtig in Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Westland, Midden-Delfland, Delft of Pijnacker-Nootdorp?

<input type="checkbox"/> Ja, gemeente:	
<input type="checkbox"/> Nee, ik woon in:	

Indien Nee, wat is de reden voor aanmelding in deze regio?

<input type="checkbox"/> Sociale binding	<i>Toelichting:</i>
<input type="checkbox"/> Economische binding	
<input type="checkbox"/> Specifieke zorgvraag	
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:	

#### 6. Is er al een indicatie of beschikking voor beschermd wonen aanwezig?

<input type="checkbox"/> Ja, namelijk geldig t/m:	
<input type="checkbox"/> Nee	

Indien Ja, graag een kopie van het besluit meesturen met dit aanmeldformulier.

**7. Heeft u de wens om zelf de benodigde zorg en ondersteuning in te kopen met gebruikmaking van een persoonsgebonden budget (PGB)?**

<input type="checkbox"/> Ja	<i>Toelichting:</i>
<input type="checkbox"/> Nee	
<input type="checkbox"/> Weet ik (nog) niet	

**8. Indien de aanmelding niet door cliënt zelf wordt gedaan, is hij of zij op de hoogte van deze aanmelding?**

<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nee, omdat:	

**9. Bijlagen:**

<input type="checkbox"/> Behandelplan
<input type="checkbox"/> Diagnose
<input type="checkbox"/> Indicatiebesluit
<input type="checkbox"/> Beschikking beschermd wonen

*Dit formulier samen met de eventuele bijlagen opsturen naar:*

**Flowin Maatschappelijke Zorg**  
**Zwartveen 10**  
**2291 Nb Wateringen**

*of digitaal naar:*

**info@flowin-zorg.nl**