Berliner Stadtmission 

Gemeinnützige Diakonie Betriebs GmbH

BFB am Mühlenfließ

Fürstenwalder Allee 1, 12589 Berlin

Telefon: (030) 648 484 10

Telefax: (030) 648 484 44

www.berliner-stadtmission.de/rahnsdorf.html

leister@berliner-stadtmission.de

 **Aufnahmeformular**

**für den Beschäftigungs- und Förderbereich**

**Persönliche Daten**

 Name: ..........................................................

 Vorname: ..........................................................

 Geburtsdatum: ..........................................................

 Adresse: ........................................................................................

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

 Telefonnummer: ......................................................

 E- Mail ….....................................................

**Aktuelle Wohn- und Betreuungssituation**

Leben Sie zur Zeit  betreutes Einzelwohnen

  Wohngemeinschaft

 Wohnstätte

Klinik

bei den Eltern

eigener Wohnung

Wie viele Stunden würden/ können Sie im BFB Bereich verbringen (mindestens 6 h pro Woche)?

----------------------------------------

Art und Schwere der Behinderung

Schwerbehindertenausweis vorhanden? ja nein

 Grad der Behinderung: Merkzeichen

1.

Art der Behinderung:  Körperliche Behinderung

1. Geistige Behinderung
2.  Mehrfache Behinderung

 sonstiges (z.B. Pflegstufe)..........................................................

Liegen psychische Auffälligkeiten vor? ………………………………………………...

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

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

Liegen Verhaltensauffälligkeiten vor?  ja nein

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

Wurde bereits eine Hilfebedarfsgruppe festgestellt?

  ja  nein

Wenn ja, welche ...............................................................................

Benötigen Sie Hilfsmittel? ja  nein

Wenn ja, welche Hilfsmittel .............................................................................................

Weitere Angaben zur Gesundheit und Behinderung:........................................................

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

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

Besuchen Sie zur Zeit eine Werkstatt für Behinderte Menschen?  ja  nein

**Gesetzlicher Betreuer**

 Name: ...........................................................................................

 Adresse: ...........................................................................................

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

 Telefon/ Handy: ..........................................................................................

 E-Mail ...........................................................................................

 Wirkungskreis ...........................................................................................

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

Besondere Hobbys oder Fähigkeiten (z.B. Sport, Musik)?

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

Motivationen /Erwartungen/Wünsche..............................................................................

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

Die Anfrage ist

 akut  kurzfristig, Zeitraum:...................... langfristig, Zeitraum:.......................

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

Datum Unterschrift