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



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