

## AANMELDFORMULIER

### Gegevens verwijzer

|                |   |
|----------------|---|
| Verwijzer      | <input type="checkbox"/> Cliënt<br><input type="checkbox"/> AB het Spectrum<br><input type="checkbox"/> Amethyst<br><input type="checkbox"/> Bouwman Psychiatrie<br><input type="checkbox"/> Coloriet<br><input type="checkbox"/> Focus4care<br><input type="checkbox"/> For You begeleiding<br><input type="checkbox"/> Freeway Zorg<br><input type="checkbox"/> Gemeente Almere<br><input type="checkbox"/> Gemeente Dronten<br><input type="checkbox"/> Gemeente Lelystad<br><input type="checkbox"/> Gemeente Noordoostpolder<br><input type="checkbox"/> Gemeente Urk<br><input type="checkbox"/> Gemeente Zeewolde<br><input type="checkbox"/> GGD Flevoland<br><input type="checkbox"/> GGZ Centraal<br><input type="checkbox"/> Halmzorg<br><input type="checkbox"/> Huisarts<br><input type="checkbox"/> Interaktcontour<br><input type="checkbox"/> Intermetzo<br><input type="checkbox"/> I-psy<br><input type="checkbox"/> Iriszorg<br><input type="checkbox"/> Kwintes<br><input type="checkbox"/> Leger des Heils<br><input type="checkbox"/> MEE IJsseloevers<br><input type="checkbox"/> Mentionem Zorgadviesburo<br><input type="checkbox"/> Omega Groep<br><input type="checkbox"/> Philadelphiazorg<br><input type="checkbox"/> Pi-groep<br><input type="checkbox"/> Psy Q<br><input type="checkbox"/> Reclassering Leger des Heils<br><input type="checkbox"/> Reclassering Tactus<br><input type="checkbox"/> Reclassering Nederland<br><input type="checkbox"/> Samen Veilig Flevoland<br><input type="checkbox"/> 's Heerenloo<br><input type="checkbox"/> Talmahaven<br><input type="checkbox"/> Therapeutisch Centrum Flevoland<br><input type="checkbox"/> Timon<br><input type="checkbox"/> Triade<br><input type="checkbox"/> Vitree<br><input type="checkbox"/> Woonzorgcentra Flevoland<br><input type="checkbox"/> Zorggroep Oude en Nieuwe land<br><input type="checkbox"/> Overige, namelijk |
| Contactpersoon |   |
| Functie        |   |
| Straat         |   |
| Huisnummer     |   |
| Postcode       |   |

|   |   |
|---|---|
| Plaats  |   |
| Telefoonnummer  |   |
| Emailadres  |   |
| Te bereiken op<br><i>Meerdere antwoorden mogelijk</i> | <input type="checkbox"/> Maandag<br><input type="checkbox"/> Dinsdag<br><input type="checkbox"/> Woensdag<br><input type="checkbox"/> Donderdag<br><input type="checkbox"/> Vrijdag |

## Gegevens cliënt waarvoor beschermd wonen wordt aangevraagd

|   |  |
|---|--|
| BSN   |  |
| Achternaam  |  |
| Tussenvoegsel(s)  |  |
| Voorletter(s)   |  |
| Voornaam  |  |
| Roepnaam  |  |
| Geboortedatum   |  |
| Geboorteplaats (Nederland)  |  |
| Geboorteplaats (buiten Nederland)   |  |
| Straat  |  |
| Huisnummer  |  |
| Postcode  |  |
| Woonplaats  |  |
| Heeft cliënt een afwijkend postadres?   | <input type="checkbox"/> Ja<br>Straat<br>Huisnummer<br>Postcode<br>Woonplaats<br><input type="checkbox"/> Nee  |
| Telefoonnummer  |  |
| E-mail adres  |  |
| Geslacht  | <input type="checkbox"/> Man<br><input type="checkbox"/> Vrouw   |
| Heeft cliënt een verblijfsvergunning?   | <input type="checkbox"/> Niet van toepassing<br><input type="checkbox"/> Verblijfsvergunning onbepaalde tijd<br><input type="checkbox"/> Verblijfsvergunning bepaalde tijd<br>Datum aflopen verblijfsvergunning<br><input type="checkbox"/> Afhankelijke verblijfsvergunning<br><input type="checkbox"/> Illegaal<br><input type="checkbox"/> Onbekend |
| Is cliënt verzekerd voor ziektekosten?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee  |
| Heeft cliënt een huisarts?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee  |
| Heeft cliënt een cliëntondersteuner?<br><i>* Een cliëntondersteuner helpt cliënt met het formuleren van de hulpvraag, bij het maken van keuzes en het oplossen van problemen. De cliëntondersteuning is vooral gericht op de versterking van de regie door cliënt zelf en het maken van eigen keuzes. Een cliëntondersteuner staat naast verwijzer, denkt mee (los van alle partijen) en betreft waar mogelijk het sociale netwerk bij het zoeken naar oplossingen. De cliëntondersteuner kent de voorzieningen in de buurt én de specialistische hulp.</i> | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee  |

|  |   |
|--|---|
| <p>Heeft cliënt een mantelzorger?<br/> <i>* Mantelzorg is langdurige, onbetaalde hulp aan zieken, mensen met een handicap of ouderen, door familieleden of bekenden. De hulp bestaat uit verzorging maar kan ook hulp bij noodzakelijke dagelijkse activiteiten zijn. Mantelzorg is hulp die verder gaat dan de zogenoemde 'gebruikelijke hulp'.</i></p> | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| <p>Heeft cliënt een geldige indicatie vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz)?</p>   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee<br>Heeft cliënt afgelopen jaar een Wlz indicatie aangevraagd?<br><input type="checkbox"/> Ja<br>Wat is de status van deze aanvraag?<br><input type="checkbox"/> Afgewezen<br>Graag de afwijzingsbrief als bijlage toevoegen bij de aanmelding.<br><input type="checkbox"/> In behandeling<br><input type="checkbox"/> Nee |
| <p>Heeft cliënt een geldige indicatie vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (ambulante begeleiding of beschermd wonen)?</p>   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| <p>Heeft cliënt een geldige indicatie vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?</p>   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| <p>Heeft cliënt een geldige indicatie vanuit het Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZO)?</p>  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| <p>Is er sprake van een geldige jeugdmaatregel?</p>  | <input type="checkbox"/> Ja<br>Is er sprake van een verlengde jeugdzorg indicatie?<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| <p><b>Wilt u de geldige indicatiebesluiten als bijlagen toevoegen bij de aanmelding? In het geval van een Wmo beschikking, graag het gespreksverslag meesturen.</b></p>  |   |

## Beschermingsmaatregel

|  |  |
|--|--|
| <p>Heeft cliënt een wettelijke vertegenwoordiger?<br/> <i>* Een wettelijk vertegenwoordiger is een persoon die wettelijk bevoegd is om beslissingen te nemen voor iemand die dat zelf niet kan. Meer informatie hierover vindt u onder andere op <a href="http://www.dwanginidezorg.nl/begrippenlijst/wettelijk-vertegenwoordiger">www.dwanginidezorg.nl/begrippenlijst/wettelijk-vertegenwoordiger</a>.</i></p> | <input type="checkbox"/> Ja<br>Naam wettelijke vertegenwoordiger<br>Adres wettelijke vertegenwoordiger<br>PC/Woonplaats wettelijke vertegenwoordiger<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| <p>Is er sprake van een beschermingsmaatregel?<br/> <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i></p>  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Bewindvoering<br><input type="checkbox"/> Mentorschap<br><input type="checkbox"/> Curatele<br><input type="checkbox"/> Zaakwaarneming<br><input type="checkbox"/> Rechterlijke Machtiging (RM)<br><input type="checkbox"/> IBS<br>Graag het bewijs van de rechtbank als bijlage toevoegen bij de aanmelding.<br><input type="checkbox"/> Nee |

## Aanleiding tot aanmelding

|  |  |
|--|--|
| <p>Wat is de hulpvraag van cliënt?</p>   |  |
| <p>Is er het afgelopen jaar contact geweest met het wijkteam?</p>  | <input type="checkbox"/> Ja<br>Wat was de uitkomst?<br>Graag het gespreksverslag als bijlage toevoegen bij de aanmelding.<br><input type="checkbox"/> Nee<br>Toelichting |
| <p>Welk behandel-, begeleiding- of hulpverleningscontact is aanwezig?<br/>                 Graag toelichten.</p>   |  |
| <p>Hoeveel uur ambulante begeleiding wordt er wekelijks ingezet en waarom is ambulante ondersteuning in de wijk onvoldoende?</p>   |  |
| <p>Wat is de reden voor de aanmelding voor beschermd wonen? Waarom is 24-uurs zorg noodzakelijk?<br/>                 Graag concrete en actuele informatie weergeven. Gekopieerde tekst uit bestaande documenten wordt niet overgenomen.</p> |  |
| <p>Betreft het een nieuwe aanvraag voor beschermd wonen of een verlenging?</p>   | <input type="checkbox"/> Nieuwe aanvraag<br><input type="checkbox"/> Verlenging  |
| <p>Betreft het een aanvraag voor</p>   | <input type="checkbox"/> Zorg In Natura<br><input type="checkbox"/> Persoonsgebonden budget  |
| <p>Wat is het doel van het traject?</p>  | <input type="checkbox"/> Zorgvraag-verduidelijking, diagnostiek en stabilisatie binnen 6 maanden   |

|   |  |
|---|--|
|   | <input type="checkbox"/> Door blijven ontwikkelen en uitstromen binnen (naar verwachting) 3 jaar<br><input type="checkbox"/> Ontwikkeling en herstel is gericht op uitstroom in de toekomst (verwachte duur meer dan 3 jaar)<br><input type="checkbox"/> Voorkomen van achteruitgang/zorgen voor stabilisatie met weinig zicht op uitstroom in de toekomst |
| Geef een toelichting op het door u gekozen doel                 |  |
| Hoe lang denkt u dat cliënt van het traject gebruik moet maken? |  |

## 1. Huisvesting

|  |   |
|--|---|
| Huidige woonsituatie   | <input type="checkbox"/> Zelfstandig<br><input type="checkbox"/> Bij familie<br><input type="checkbox"/> In instelling, namelijk<br><input type="checkbox"/> Dakloos<br><input type="checkbox"/> Anders, namelijk |
| Staat cliënt ingeschreven bij de woningcorporatie ?                                    | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| Sinds wanneer staat cliënt ingeschreven bij de woningcorporatie?                       |   |
| Heeft cliënt eerder gebruik gemaakt van maatschappelijke opvang en/of beschermd wonen? |   |

## 2. Huiselijke relaties

|   |   |
|---|---|
| Burgerlijke staat   | <input type="checkbox"/> Ongehuwd<br><input type="checkbox"/> Gehuwd<br><input type="checkbox"/> Geregistreerd partnerschap<br><input type="checkbox"/> Gescheiden<br><input type="checkbox"/> Weduwe/weduwenaar<br><input type="checkbox"/> Samenwonend<br><input type="checkbox"/> Onbekend |
| Met wie woont cliënt op dit moment samen en hoe gaat dit? |   |

## 3. Geestelijke gezondheid

|   |   |
|---|---|
| Heeft cliënt een recente DSM diagnose?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| Wat is de hoofddiagnose?  |   |
| Wat is de datum van de DSM diagnose?  |   |
| <i>Upload hier de DSM diagnose</i>  |   |
| Is er sprake of vermoeden van een (licht) verstandelijke beperking?   | <input type="checkbox"/> Vermoeden<br><input type="checkbox"/> Vastgesteld<br><input type="checkbox"/> Niet aan de orde                                       |
| Heeft cliënt ooit een IQ test gedaan?   | <input type="checkbox"/> Ja<br>Graag de IQ test als bijlage toevoegen bij de aanmelding.<br><input type="checkbox"/> Nee<br><input type="checkbox"/> Onbekend |
| Wat zijn de klachten op dit leefgebied?   |   |
| Is er sprake van enige stabiliteit op dit leefgebied ondanks de klachten?   |   |
| Wat zijn de triggers voor instabiliteit/decompensatie?  |   |
| Is er sprake van agressie?  |   |
| Hoe functioneert cliënt in een groep? Is cliënt groepsgeschikt?   |   |
| Omschrijf de psychiatrische voorgeschiedenis (denk aan eerdere behandeling en begeleiding, zowel klinisch als ambulant) |   |

|   |  |
|---|--|
| Zijn er andere hulpverleners betrokken?<br>Zo ja, welke?                              |  |
| Geef een toelichting m.b.t. bejegening en eventuele beperkingen van cliënt            |  |
| Is cliënt therapie- en medicatietrouw?  |  |
| Is er momenteel sprake van behandeling en/of begeleiding? Graag toelichten.           |  |
| Wat is de ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van geestelijke gezondheid? |  |



#### 4. Middelengebruik

|  |  |
|--|--|
| Gebruikt cliënt middelen?  | <input type="checkbox"/> Ja, namelijk<br><input type="checkbox"/> Nee  |
| Levert het gebruik problemen op? En zo ja, welke?                                |  |
| Is cliënt onder behandeling van de verslavingszorg?                              | <input type="checkbox"/> Ja<br>Naam instelling<br>Straat, huisnummer<br>Postcode, plaats<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| Wat zou cliënt zelf met het gebruik willen?                                      | <input type="checkbox"/> Stoppen<br><input type="checkbox"/> Zelfstandig<br><input type="checkbox"/> Verslavingsbehandeling<br><input type="checkbox"/> Minderen<br><input type="checkbox"/> Zelfstandig<br><input type="checkbox"/> Verslavingsbehandeling<br><input type="checkbox"/> Stabiliseren van gebruik<br><input type="checkbox"/> Continueren van gebruik |
| Ligt er een ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van middelengebruik? | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Wat is de ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van middelengebruik?<br><input type="checkbox"/> Nee   |

#### 5. Lichamelijke gezondheid

|  |   |
|--|---|
| Heeft cliënt lichamelijke klachten?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| Zijn er aanpassingen nodig in een woning voor cliënt?                                    | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| Ligt er een ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van lichamelijke gezondheid? | <input type="checkbox"/> Ja<br>Wat is de ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van lichamelijke gezondheid?<br><input type="checkbox"/> Nee |

#### 6. Justitie

|   |  |
|---|--|
| Is er sprake van een reclasseringscontact?                                | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Verplicht<br><input type="checkbox"/> Vrijwillig<br><input type="checkbox"/> Nee |
| Ligt er een ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van justitie? | <input type="checkbox"/> Ja<br>Wat is de ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van justitie?<br><input type="checkbox"/> Nee   |

## 7. Basale activiteiten dagelijks leven

|  |  |
|--|--|
| Is cliënt in staat om zichzelf binnenshuis te verplaatsen?   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee  |
| Is cliënt in staat om zichzelf persoonlijk te verzorgen?   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee  |
| Is cliënt in staat om zichzelf te kleden (kleding aantrekken die geschikt is, gegeven de omgeving en het weer) | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee  |
| Is cliënt in staat om zichzelf te voeden (tot zich nemen van voldoende, gezond voedsel)                        | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee  |
| Is cliënt in staat om op tijd naar het toilet te gaan en adequaat gebruik te maken van het toilet?             | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee  |
| Ligt er een ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van basale activiteiten in het dagelijks leven?    | <input type="checkbox"/> Ja<br><br>Wat is de ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van basale activiteiten in het dagelijks leven?<br><br><input type="checkbox"/> Nee |

## Instrumentele activiteiten dagelijks leven

|  |   |
|--|---|
| Is cliënt in staat zichzelf buitenshuis te verplaatsen al dan niet door gebruik te maken van een vervoermiddel?    | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| Is cliënt in staat om zelfstandig een huishouden te voeren?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| Is cliënt in staat om zelfstandig afspraken te maken?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| Is cliënt in staat om zelfstandig besluiten te nemen?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| Is cliënt in staat om zelfstandig problemen op te lossen?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| Is cliënt in staat zelfstandig de administratie te doen?   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
| Indien cliënt medicatie krijgt voorgeschreven: kan cliënt deze zelf beheren?                                       |   |
| Ligt er een ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van instrumentele activiteiten in het dagelijks leven? | <input type="checkbox"/> Ja<br><br>Wat is de ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van instrumentele activiteiten in het dagelijks leven?<br><br><input type="checkbox"/> Nee |

## 8. Werk en opleiding

|  |  |
|--|--|
| Heeft cliënt betaald werk of volgt cliënt een opleiding?                           | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Reguliere betaalde baan<br><input type="checkbox"/> Betaalde baan in de sociale werkvoorziening<br><input type="checkbox"/> Baan in het kader van arbeidsintegratietraject<br><input type="checkbox"/> Werkervaringsplaats<br><input type="checkbox"/> Opleiding<br><input type="checkbox"/> Nee |
| Welke opleiding(en) heeft cliënt gevolgd en welke zijn met een diploma afgerond?   |  |
| Ligt er een ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van werk en opleiding? | <input type="checkbox"/> Ja<br>Wat is de ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van werk en opleiding?<br><input type="checkbox"/> Nee  |

## 9. Tijdsbesteding

|   |  |
|---|--|
| Heeft cliënt, naast eventueel betaald werk of opleiding, een daginvulling?      | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Vrijwilligerswerk, meer dan 16 uur per week<br><input type="checkbox"/> Zorg voor anderen (zoals kinderen)<br><input type="checkbox"/> Dagactiviteitencentrum<br><input type="checkbox"/> Dagbesteding binnen een instelling<br><input type="checkbox"/> Anders, nl.<br>Toelichting (aantal dagen/dagdelen):<br><input type="checkbox"/> Nee |
| Hoe ziet de verdere dagindeling van cliënt eruit?                               |  |
| Is er sprake van een stabiel dag- en nachtritme?                                |  |
| Staat cliënt open voor dagbesteding?  |  |
| Ligt er een ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van tijdsbesteding? | <input type="checkbox"/> Ja<br>Wat is de ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van tijdsbesteding?<br><input type="checkbox"/> Nee   |

## 10. Financiën

|  |   |
|--|---|
| Heeft cliënt een inkomstenbron?  | <input type="checkbox"/> Ja, namelijk<br><input type="checkbox"/> Loondienst<br><input type="checkbox"/> Werkvoorziening<br><input type="checkbox"/> Uitkering<br><input type="checkbox"/> Overig<br><input type="checkbox"/> Nee |
| Heeft cliënt schulden?   | <input type="checkbox"/> Ja<br>Heeft cliënt schulden bij de zorgverzekeraar?<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee<br><input type="checkbox"/> Nee<br><input type="checkbox"/> Onbekend                  |
| Maakt cliënt gebruik van schuldhulpverlening of budgetbeheer?              | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Schuldhulpverlening<br><input type="checkbox"/> Budgetbeheer<br><input type="checkbox"/> Nee  |
| Ligt er een ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van financiën? | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Wat is de ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van financiën?<br><input type="checkbox"/> Nee  |

## 11. Sociaal netwerk

|   |  |
|---|--|
| Hoe ziet het sociale netwerk van cliënt eruit? Beschrijf hierbij de frequentie en de intensiteit van het contact. |  |
| Heeft cliënt nog contact met zijn/haar familie en zo ja, hoe ziet dit contact eruit?                              |  |
| Ligt er een ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van sociale relaties en - vaardigheden?               | <input type="checkbox"/> Ja<br>Wat is de ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van sociale relaties en - vaardigheden?<br><input type="checkbox"/> Nee |

## 12. Maatschappelijke participatie

|  |   |
|--|---|
| Is cliënt lid van een sportclub of een vereniging? Hieronder vallen ook zaken als een comité, kerk en steun- of adviesgroepen. |   |
| Ligt er een ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van maatschappelijke participatie?                                 | <input type="checkbox"/> Ja<br>Wat is de ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van maatschappelijke participatie?<br><br><input type="checkbox"/> Nee |

## 13. Kinderen

|   |  |
|---|--|
| Heeft cliënt kinderen?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee  |
| Wat is de leeftijd van de kinderen?   |  |
| Heeft cliënt zorgtaken voor de kinderen? En zo ja, waaruit bestaan deze taken?            |  |
| Is er begeleiding aanwezig gericht op de zorg voor de kinderen?                           |  |
| Ligt er een ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van de zorg voor de kinderen? | <input type="checkbox"/> Ja<br>Wat is de ondersteuningsbehoefte van cliënt op het gebied van de zorg voor de kinderen?<br><br><input type="checkbox"/> Nee |

## Aanvullende vragen

|   |  |
|---|--|
| Wat is er volgens verwijzer nodig aan zorg?<br>- Steunend/structurerend/toezicht<br>- Planbare/onplanbare zorg<br>- Aantal uren |  |
|---|--|

## Voorkeur instelling

|   |   |
|---|---|
| Heeft cliënt een voorkeur voor een bepaalde instelling? | <input type="checkbox"/> Ja<br>Eerste keuze, namelijk<br>Tweede keuze, namelijk<br><br><input type="checkbox"/> Nee |
|---|---|

## Bijlagen

U kunt aanvullende informatie zoals:

- Reeds aanwezige indicatiebesluiten
- Eventuele afwijzing Wlz aanvraag
- Gespreksverslag wijkteam
- Bewijs rechtbank beschermingsmaatregel

bij uw e-mail met de aanmelding toevoegen en verzenden naar [meldpuntoggz@ggdflevoland.nl](mailto:meldpuntoggz@ggdflevoland.nl).

## **Toestemmingsverklaring voor aanvraag beschermd wonen in Flevoland**

Bij beschermd wonen gaat het om het bieden van onderdak en begeleiding aan personen met een psychische aandoening.

Beschermd wonen is bedoeld voor mensen die door problemen in het psychisch en sociaal functioneren niet zelfstandig kunnen wonen en 24 uur per dag toezicht en begeleiding nodig hebben.

U geeft hiermee toestemming voor het doen van een aanvraag voor u voor toegang tot beschermd wonen in Flevoland.

Naam:

Geboortedatum:

Datum toestemming:

Ik geef hiermee toestemming voor het doen van een aanvraag voor beschermd wonen:

Alle meldingen die worden gedaan voor beschermd wonen bij GGD Flevoland worden geregistreerd in een cliëntvolgsysteem. De primaire doelstelling hiervan is het nemen van een besluit in het kader van de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning. GGD Flevoland zorgt ervoor dat uw dossier goed is beveiligd, zodat de gegevens niet verloren raken en niet in onbevoegde handen komen. Voor een goede uitvoering en behandeling van uw aanvraag worden uw gegevens, indien noodzakelijk, verstrekt aan gemeentelijke diensten en instanties die bij de afhandeling van de aanvraag voor beschermd wonen betrokken zijn.

Mocht u bezwaar hebben tegen het registreren van uw gegevens of wilt u inzage in uw dossier, dan kunt u dit schriftelijk laten weten via:

*GGD Flevoland*

*Regionaal Meldpunt OGGz*

*Postbus 1120*

*8200 BC Lelystad*

Meer informatie treft u aan in de privacyverklaring van GGD Flevoland op

[www.ggdflerland.nl/privacy](http://www.ggdflerland.nl/privacy).