

Anmeldebogen zur Leistungsanfrage

Aktenzeichen des Kostenträgers:

Name des LVR Fallmanagers/ der Fallmanagerin:

I. Persönliche Daten des Leistungsberechtigten/ der Leistungsberechtigten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Adresse
Lebensort:

Adresse
Arbeitsort:

II. Kontaktperson/ Ansprechpartner/ in

Name:

Telefon:

Bitte unbedingt die Telefonnummer angeben, unter der die Kontaktperson erreichbar ist.

Einrichtung/ Adresse:

Telefon:

Datum der Antragstellung:

E-Mail:

III. Gesetzliche Betreuung

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Wirkungskreis(e):

IV. Ausgangssituation/ Darstellung der Problemlage

V. Zielsetzung der Beratung

VI. Die Initiative der Beratungsanfrage an das Institut Kompass erfolgte durch

- Mitarbeiter/ in Wohnen: _____
- Mitarbeiter/ in Werkstatt: _____
- Angehörige, Eltern, gesetzliche Betreuung
- Andere Beteiligte: _____

| | |
|---|--|
| | |
| Datum, Unterschrift des Menschen mit Hilfebedarf | Datum, Unterschrift gesetzliche Betreuung |

Ich bin damit einverstanden, dass die persönlichen Daten meiner /meines Betreuten an die Mitarbeiter*innen des LVR-Institutes weitergegeben werden. Ich bin damit einverstanden, dass das LVR-Institut Kompass die für die Antragstellung notwendigen Informationen an das Fallmanagement und an den medizinisch psychologischen Dienst des Kostenträgers weiterleitet.

Ich bin damit einverstanden, dass das Institut Kompass im Rahmen der Durchführung von Beratungen relevante Informationen erheben, erforderliche Unterlagen erhalten und mit am Beratungsprozess beteiligten Institutionen erforderliche Informationen austauschen kann.

Ich beauftrage hiermit das LVR-Institut Kompass mit der Aufnahme der Beratungstätigkeit für oben dargestellten Hilfebedarf.