

Anmeldebogen zur Leistungsanfrage

Aktenzeichen des Kostenträgers:

Name des LVR Fallmanagers/ der Fallmanagerin:

I. Persönliche Daten des Leistungsberechtigten/ der Leistungsberechtigten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Lebensort:

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

Empty box for the description of the starting situation and the problem situation.

V. Zielsetzung der Beratung

Empty box for the description of the goals of the consultation.

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