

Diesen Fragebogen bitte an folgende Adresse zurücksenden:

LVR-Verbund WohnenPlusLeben

z.Hd. Angebotsberatung

Hammfelddamm 6

41460 Neuss

Bogen zur Leistungsanfrage

Telefon 0800 1681014

0800 9453002

angebotsberatung-hph@lvr.de

Anfrage durch:

Name, Vorname:

Funktion:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

01 Es werden Leistungen angefragt für:

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Anschrift:

Geb.-Name:

Geburtsort:

ggf. Einrichtung:

Geschlecht:

Konfession:

Nationalität:

Derzeitige Lebensform (bitte ankreuzen):

☐ Elternhaus

☐ eigene Wohnung

☐ ambulante Assistenz

☐ besondere Wohnform

☐ MRV

☐ andere:

Krankenversichert bei:

Pflegegrad:

☐ ja,

☐ nein

☐ unbekannt

☐ beantragt

und zwar (PG 0-5):

Aktuelle Einstufung durch Leistungsträger (z.B. LVR /LWL; wenn bereits vorhanden bzw. bekannt):

LT / HBG; FLS; ALS:

Leistungsträger:

AZ/GP-Nr.:

weitere bewilligte Leistungen:

02 Vertretung

Ist eine rechtliche Vertretung eingerichtet?

☐ nein

☐ ja (bitte Urkunde beifügen)

Name, Vorname:

Beziehung:

Anschrift:

Telefon:

mobil:

Fax:

E-Mail:

03 Diagnosen / Gesundheit
Grad der Intelligenzminderung (bitte ankreuzen)

Leicht (F70.x) ☐	Mittel (F71.x) ☐	Schwer (F72.x) ☐	Schwerst (F73.x) ☐	schwerst-mehrfach ☐
--	--	--	--	---

Diagnoseschlüssel ICD-10:

Weitere Diagnosen:

ICD-10 Schlüssel	Klartext

Allergien/ Unverträglichkeiten

Es bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten:

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, welche?

Sonstiges

Bestehen weitere Erkrankungen? Was ist wichtig, über den Gesundheitszustand zu wissen?

04 Unterstützungsbedarf auf Grund von:
Körperliche Einschränkungen: (bitte ankreuzen)

☐ nein	☐ Epilepsie	☐ Sehbehinderung	☐ Hörbehinderung	☐ Parese / Plegie
	☐ Inkontinenz	☐ Blindheit	☐ Gehörlosigkeit	

Sonstiges / Beschreibung:

Mobilität:

Laufen ☐ alleine	☐ mit Unterstützung	☐ Nein
Treppen steigen ☐ alleine	☐ mit Unterstützung	☐ Nein
Rollstuhl ☐ Ja	☐ eigenständig mobil	☐ mit Unterstützung
Gehhilfen ☐ Ja	☐ Nein	Art:

Kommunikation:

☐ Verbal	☐ Non-verbal	☐ Mit Hilfsmittel (Talker, Bilder etc.)
☐ Verbal mit Einschränkungen	☐ Gebärden	Art:

Sonstiges / Hinweis:

Psychische Einschränkungen: (bitte ankreuzen)

☐ nein	☐ Autismus	☐ FASD	☐ Psychose	☐ Demenz
	☐ Persönlichkeitsstörung	☐ Sucht	☐ Depressionen	☐ Zwangshandlungen

Sonstiges:

Pflegebedarf:

Hilfsmittel notwendig:

(Lifter, Pflegebett etc.)

☐ Nein

☐ Ja

Art:

Bitte beschreiben Sie die notwendige pflegerische Unterstützung:

Herausforderndes Verhalten:

	Beschreibung (wie äußert sich das Verhalten, wie oft tritt es auf?):
☐ autoaggressiv	
☐ sachaggressiv	
☐ fremdaggressiv	
☐ verbal herausfordernd	
☐ sonstiges	

05 Sonstiges:
Derzeitige Beschäftigung:

☐ WfbM	☐ Schule	☐ erster Arbeitsmarkt
☐ Tagestruktur	☐ ohne Beschäftigung	☐ Sonstiges:

Kontakt derzeitige Beschäftigung:

Name Einrichtung:			
Straße:			
PLZ/ Ort:			
Ansprechperson:		Funktion:	
Telefon		Email:	

☐ Beschäftigung sollte erhalten bleiben

☐ Wechsel möglich

Nutzung technischer Geräte/ Hilfsmittel:

Folgende technische Geräte und/oder technische Hilfsmittel werden genutzt:

Folgendes ist zu beachten (bei der Bedienung, Voraussetzungen zur Nutzung etc.):

Sonstige Hinweise und Bemerkungen:

Folgendes ist noch wichtig / zu beachten (besondere Gewohnheiten, Vorlieben etc.):

06 Gewünschte Leistungen:
Assistenzform:

☐ besondere Wohnform (betreute Wohngemeinschaft, WbW)	☐ Kurzzeitwohnen	☐ Ambulante Pflege	☐ Tagestruktur (Beschäftigungsangebot 2-3 Tage pro Woche)
☐ ambulante Assistenz: ☐ in der eigenen Wohnung ☐ in einer Wohngemeinschaft ☐ einem Appartementhaus ☐ sonstiges:			

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

☐ Keine nächtliche Unterstützung (niemand anwesend o. erreichbar)	☐ Rufbereitschaft (telefonische Erreichbarkeit)	☐ Schlafbereitschaft (im Haus)	☐ Nachtwache (aktive Unterstützung während der Nacht)
--	--	---	--

Unterstützungsbedarf am Tag:

☐ keiner (Alltag wird alleine bewältigt)	☐ zeitweise Ansprechperson notwendig (z.B. nach der WfbM, betreuungsfreie Zeiten möglich)	☐ Durchgehende Ansprechperson notwendig (Anwesenheit, Ansprache)	☐ durchgehende Assistenz notwendig (unterstützende Handlungen)
---	--	---	---

Freiheitsentziehende Maßnahmen:
Unterbringungsbeschluss nach §1906 Abs. 1 BGB (geschlossene/ geschützte Unterbringung):

☐ Ja ☐ Nein ☐ Notwendig

Beschreibung (Grund/ gefährdendes Verhalten, Einschätzung zur notwendigen Sicherung):

Beschluss für weitere freiheitsentziehende Maßnahmen §1906 Abs. 4 BGB (Fixierung, Bettgitter, Absonderung etc.):

☐ Ja ☐ Nein ☐ Notwendig

Art der Maßnahmen:

Grund der freiheitsentziehenden Maßnahmen:

Gewünschter Ort der Leistungen (s. Übersichtskarte S. 5, bitte ankreuzen):

Alle Regionen

☐

Kreis Kleve

☐

Kranenburg, Kleve, Bedburg-Hau, Kalkar, Goch, Uedem, Rees, Emmerich, Geldern, Issum, Kevelaer, Kerken, Wachtendonk

Solingen

☐

Kreis Wesel

☐

Wesel, Xanten, Sonsbeck, Alpen, Voerde, Kamp-Lintfort, Moers

Leverkusen

☐

Duisburg

☐

Rheinisch-Bergischer-Kreis

☐

Leichlingen, Burscheid, Wermelskirchen, Kürten

Krefeld

☐

Rhein-Erft-Kreis

☐

Erftstadt, Bedburg

Kreis Viersen

☐

Nettetal, Niederkrüchten, Schwalmthal, Tönisvorst, Viersen

Städte-Region Aachen

☐

Eschweiler

Kreis Heinsberg

☐

Wegberg, Erkelenz

Kreis Düren

☐

Jülich, Aldenhoven, Langerwehe, Düren, Nörvenich, Vettweiß

Rhein-Kreis-Neuss

☐

Bewo Neuss

Kreis Euskirchen

☐

Euskirchen, Zülpich

Düsseldorf

☐

Bonn

☐

Kreis Mettmann

☐

Rhein-Sieg-Kreis

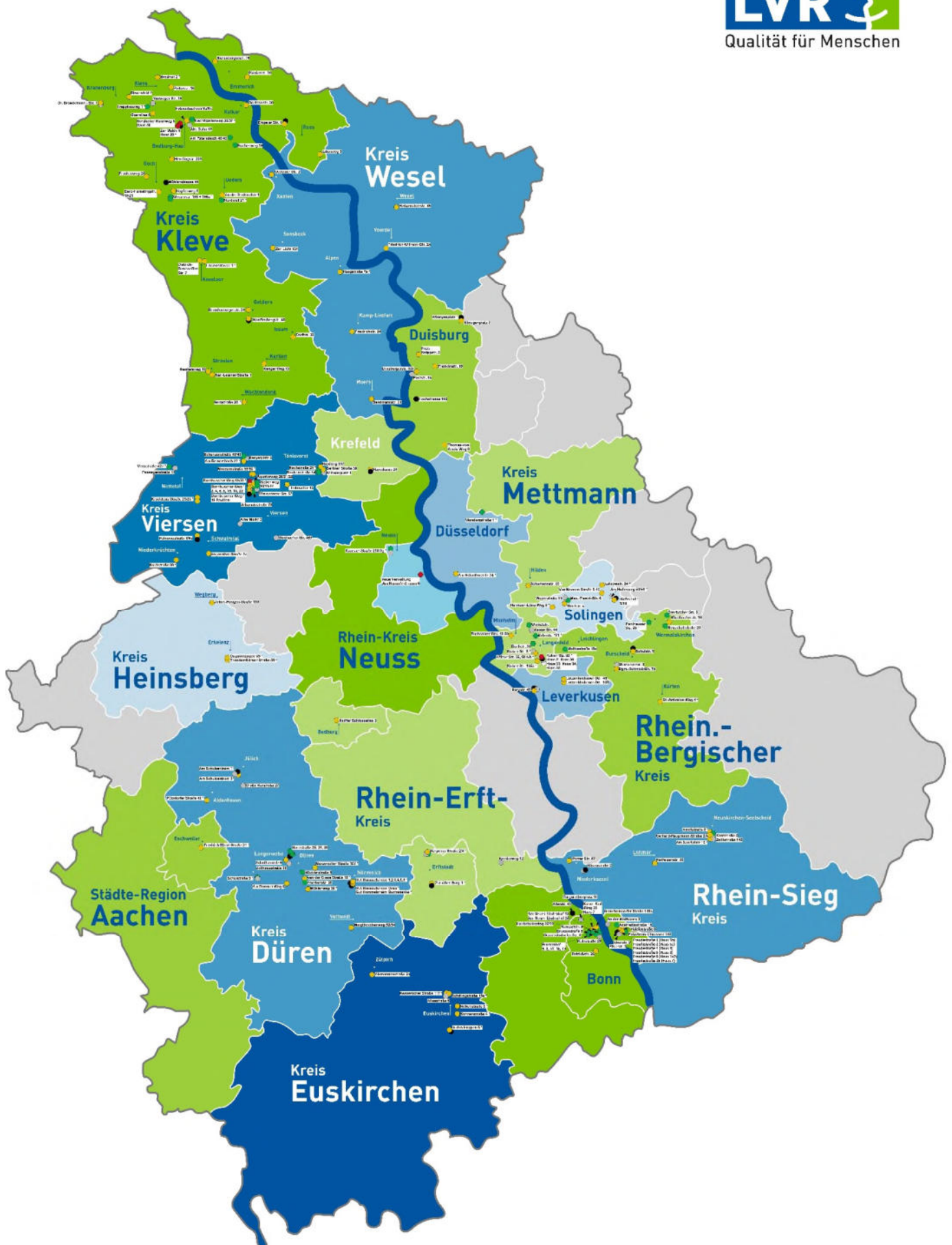
☐

Lohmar, Neunkirchen-Seelscheid, Niederkassel

Hinweis:

*Die genauen Standorte der Häuser und unserer Bewo-Büros mit den entsprechenden regionalen Ansprechpartner*innen entnehmen Sie bitte unserer Internetseite wpl.lvr.de unter „unsere Angebote“*

Falls Sie sich für einen bestimmten Wohnbereich interessieren, geben Sie dies bitte hier an:



07 Abschließend:

Benötigte Unterlagen:

Folgende Unterlagen werden zwingend benötigt (die Bearbeitung der Anfrage ist nur dann möglich):

- **Bestellungsurkunde**
(falls eine rechtliche Vertretung eingerichtet ist)
- **Fachärztliche Stellungnahme / fachärztliches Schreiben über die vorliegenden Diagnosen**
(vorzugsweise mit ICD-Code und Beschreibung der Teilhabebeeinträchtigungen)
- **Beschluss über geschlossene Unterbringung oder freiheitsentziehende Maßnahmen**
(falls gerichtlich angeordnet, mit fachärztlichem Gutachten)
- **Bescheid Eingliederungshilfe**
(wenn bereits beantragt)
- **Bescheid Pflegegrad**
(wenn beantragt und erteilt)

Folgende Unterlagen sind bei einer Anfrage hilfreich:

- BEI_NRW (ggf. Hilfeplan)
- Ärztliche Berichte / Gutachten
- Pädagogische Berichte (z.B. WfbM, Jugendhilfe, Zeugnis etc.)
- Pflegeüberleitungen
- Bericht des Medizinischen Dienstes
- o.ä.

Hinweis:

Die Verarbeitung personenbezogener Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen zum Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses. Die angegebenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich für die Bearbeitung der Wohnplatzanfrage genutzt.

Die / der Leistungsanfragende hat das Recht auf Einsichtnahme in die geführten Akten und sonstigen Unterlagen. Ein Recht auf Herausgabe dieser Aufzeichnungen hat die/der Leistungsanfragende nicht, da diese im Eigentum der Einrichtung stehen.

Wir bitten um Ihre Einwilligung zur Verarbeitung der Daten. Die Einwilligung ist völlig freiwillig und jederzeit widerruflich mit Wirkung für die Zukunft (die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bleibt rechtmäßig).

Bei Nichterteilung oder Widerruf der Einwilligung ist eine Berücksichtigung bei der Wohnplatzvergabe nicht möglich.

Erklärung zum Datenschutz:

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass die zur Leistungsanfrage erfassten Daten im Rahmen der in § 4 SGB IX genannten Zwecke genutzt und verarbeitet werden.

Ort, Datum



Unterschrift Kund*in oder bevollmächtigte*r Vertreter*in bzw. rechtliche*r Betreuer*in

Schweigepflichtsentbindung vor Leistungserbringung:

Ich entbinde den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen und die dortigen Mitarbeitenden von der Schweigepflicht gegenüber eventuellen Leistungsträger, soweit dies zur Bearbeitung der Leistungsanfrage erforderlich ist.

Außerdem entbinde ich meine behandelnden Ärzt*innen gegenüber den Mitarbeitenden des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht, soweit es sich um für meine Betreuung erforderliche Informationen handelt.

Ich bin damit einverstanden, dass, soweit dies für deren Tätigkeit erforderlich ist, personenbezogene Daten an

☐

Arbeitgeber*

☐

Ärzt*innen*

☐

Therapeut*innen*

☐

Eltern*

☐

den medizinischen Dienst (MD)*

☐

weitergegeben werden.

*** unbedingt ankreuzen.**

Ort, Datum



Unterschrift Kund*in oder bevollmächtigte*r Vertreter*in bzw.
rechtliche*r Betreuer*in

Bitte füllen Sie den Bogen, soweit möglich, vollständig aus, er dient als Grundlage um ein passendes Angebot zu finden.

Alle Unterlagen können Sie gerne per Mail an Angebotsberatung-hph@lvr.de zusenden.

Die regionalen Ansprechpartner*innen finden Sie auf unserer Internetseite wpl.lvr.de unter „[unsere Angebote](#)“.

Vielen Dank!

Anlage 1
Zur Leistungsanfrage „Wohnen“
- Datenschutzinformation -

Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit	
Für die Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen der Eingliederungshilfe / des ambulant betreuten Wohnens / der Unterbringung in einer besonderen Wohnform / erheben wir Ihre persönlichen Daten und ggfs. Gesundheitsdaten von Ihnen und beteiligten Angehörigen, soweit dies für die Erbringung der Leistungen erforderlich ist.	
Kontaktdaten der verantwortlichen Person	
Wenn Sie hierzu Fragen haben, können Sie sich an folgende Stellen wenden:	LVR-Verbund für WohnenPlusLeben Herr Bruno Pouwels Hammfelddamm 6 41460 Neuss Tel.: 02131 6625-121 Mail: Bruno.Pouwels@lvr.de
Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten Person	
	Landschaftsverband Rheinland Datenschutzbeauftragter 50663 Köln Mail: datenschutzbeauftragter@lvr.de Tel.: 0221 809-2550
Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung	
Ihre Daten werden erhoben soweit dies für die Durchführung des ambulant betreuten Wohnens / der Unterbringung in einer besonderen Wohnform erforderlich ist.	
Rechtsgrundlagen der Verarbeitung Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. a, Art. 9 Abs. 1 Buchst. a EU-DSGVO in Verbindung mit § 76 ff. SGB IX i.V.m. § 113 ff. SGB IX verarbeitet.	
Kategorien der personenbezogenen Daten, die verarbeitet werden	
Es werden insbesondere folgende personenbezogene Daten von Ihnen verarbeitet: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Staatsangehörigkeit, Geschlecht, Familienstand, Erwerbstätigkeit, gesetzliche Vertretung, Lichtbild, Gesundheitsdaten und Bankdaten (IBAN). Sofern dies in Abhängigkeit von der von Ihnen beantragten Leistung erforderlich ist, werden mit Ihrer Zustimmung zur Sachverhaltsaufklärung auch Daten von anderen Stellen wie etwa - Arbeitgeber*innen - Rentenversicherungsträger*innen - Sozialleistungsträger*innen - behandelnden Ärzt*innen erhoben.	
Empfänger*innen oder Kategorien von Empfänger*innen der personenbezogenen Daten	
Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben – sofern dies notwendig ist - an: - Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) - Arzt / Ärztin / Facharzt / Fachärztin - Therapeut*innen - Eltern	

- Hilfeplankonferenz
- Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht an eine*n Empfänger*innen außerhalb der Europäischen Union und auch nicht an eine internationale Organisation weitergegeben.

Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß § 67c Abs. 1 SGB X für die Leistungserbringung Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Eine Löschung der Daten erfolgt jeweils 10 Jahre nach Beendigung der Leistungserbringung.

Betroffenenrechte

Nach der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 EU-DSGVO / § 83 SGB X). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 EU-DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 EU-DSGVO/ § 84 SGB X).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 EU-DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Landschaftsverband Rheinland, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht (Art. 77 Abs. 1 EU-DSGVO) bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW.

Kontakt:

Postfach 20 04 44

40102 Düsseldorf

Tel.: 0211/38424-0

Fax: 0211/38424-10

E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Internet: www.ldi.nrw.de

Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Landschaftsverband Rheinland durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt (Art. 7 EU-DSGVO/ § 67b Abs.2 SGB X). Dies kann dazu führen, dass der LVR / der LVR-Verbund nicht mehr alle Ihnen zustehenden Leistungen ordnungsgemäß erbringen kann.