



Als bijlage meezenden (Niet vergeten)

- Behandelrapportages, rapportages hulpverlening, behandelplan of zorgplan
- Indien aanwezig: Kopie van indicatiebesluit
- Indien aanwezig: kopie van psychologisch onderzoek (persoonlijkheid, intelligentie)

Toestemming

Op de achterste pagina kunt u aangeven of Leger des Heils Noord-Holland informatie van en over u mag opvragen bij externe instanties. De aanvraag wordt door uzelf (de vrager) ondertekend. Als dat niet kan tekent de wettelijk vertegenwoordiger. De reden moet worden aangegeven en de gegevens van die ander moeten volledig worden ingevuld.

Regio en product van voorkeur

Regio:

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Den Haag | <input type="checkbox"/> Leidschendam | <input type="checkbox"/> Duin en Bollenstreek |
| <input type="checkbox"/> Delft | <input type="checkbox"/> Voorburg | <input type="checkbox"/> Anders, nl. <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Leiden | <input type="checkbox"/> Westland | |
| <input type="checkbox"/> Katwijk | <input type="checkbox"/> Rijswijk | |

Intramuraal wonen en begeleiding

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Huis en Haard | <input type="checkbox"/> Herstart / Studio's | <input type="checkbox"/> Zij aan Zij |
| <input type="checkbox"/> Ad van Emmenes | <input type="checkbox"/> Domus | |

Ambulante begeleiding

- 10 voor Toekomst (gezinnen)
- Voortgang Randgemeenten
- Voortgang Den Haag
- Kind- en Jeugdcoaching

Jeugd semi-intramuraal

- Vast en Verder Jongens
- Vast en Verder Meiden

Dagbesteding

- 50/50

1. Uw persoonlijke gegevens (gegevens van cliënt waarvoor zorg wordt gevraagd)

- Achternaam:
- Voorletter:
- Voornamen:
- Burger Servicenummer (BSN):
- Geboortedatum:
- Geboorteplaats: Geboorteland:
- Burgerlijke staat:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ongehuwd | <input type="checkbox"/> wettig gehuwd |
| <input type="checkbox"/> partnerschap | <input type="checkbox"/> verweduwd na wettig huwelijk |
| <input type="checkbox"/> verweduwd na wettig partnerschap | <input type="checkbox"/> gescheiden na wettig huwelijk |
| <input type="checkbox"/> gescheiden na wettig partnerschap | |



1. Vervolg persoonlijke gegevens

Straat: Huisnummer:
Postcode: Plaats:
Mobiel telefoonnummer: Vast telefoonnummer:
E-mailadres:

2. Uw leefsituatie

- Alleenwonend Zonder vaste woon- of verblijfsplaats
 Met andere huisgenoten of kinderen, namelijk:

Naam:
Geboortedatum:
Relatie:

Naam:
Geboortedatum:
Relatie:

Naam:
Geboortedatum:
Relatie:

Naam:
Geboortedatum:
Relatie:

3. Uw huisarts

Achternaam: Tussenvoegsel:
Straat: Huisnummer:
Postcode: Plaats:
Telefoonnummer:

4. Indicatiegegevens

Beschikt u over een indicatiebesluit? Zo ja. Wat Ja Nee
voor indicatie is het?

BW -Wonen Plus BW-Wonen Intensief

WMO JW IFZO WLZ Anders nl.
geldig tot?

Datum aanvraag indicatie:

Heeft u reclasseringstoezicht? Ja Nee



5. Verwijzer cliënt

Is wettelijk vertegenwoordiger Is contactpersoon huidige instelling
 Anders, namelijk:

Instantie:

Contactpersoon:

Straat: Huisnummer:

Postcode: Plaats:

Telefoonnummer:

Email adres: Werkdagen:

6. Hulpvraag van cliënt

Kruis aan bij welke leefgebieden u hulp nodig heeft:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Huisvesting | <input type="checkbox"/> Woonvaardigheden |
| <input type="checkbox"/> Lichamelijke gesteldheid | <input type="checkbox"/> Psychische gesteldheid |
| <input type="checkbox"/> Verslaving | <input type="checkbox"/> Sociale Vaardigheden |
| <input type="checkbox"/> Relatie met Justitie | <input type="checkbox"/> Financiën |
| <input type="checkbox"/> Dagbesteding | <input type="checkbox"/> Zingeving |

Licht hieronder toe:



7. Betrokken instanties

Welke hulpverleningsinstanties zijn er bij de cliënt betrokken?
(Graag noteren contactpersoon, telefoonnummer, e-mailadres en werkdagen)

-
-
-

8. Aanvullende informatie

Dit formulier dient volledig ingevuld en ondertekend door de cliënt digitaal te worden verstuurd aan:
Email: GLD.BTMvolwassenen@legerdesheils.nl

Leger des Heils W&G Noord
Bureau Trajectmanagement Den Haag

doen wat we geloven



Voor vragen neem contact op met BTM Den Haag op 070-3605507



Toestemmingsverklaring cliëntgegevens

Naam cliënt: [redacted]
Geboortedatum cliënt: [redacted]

Deze toestemmingsverklaring maakt onderdeel uit van de zorg- en dienstverleningsovereenkomst die u afsluit met Stichting Leger des Heils Welzijns- & Gezondheidszorg, verder Leger des Heils genoemd.

Ik geef toestemming aan de bij mijn zorg- en hulpverlening betrokken professionals van het Leger des Heils om gegevens over mij op te vragen bij andere organisaties en om gegevens over mij te delen met andere organisaties. Dit kan nodig zijn voor de zorg en hulp die ik van het Leger des Heils krijg. Dit kan ook nodig zijn voor de zorg en hulp die ik daarna van één of meerdere andere organisaties krijg. Als het noodzakelijk is, mogen gegevens over mij worden opgevraagd bij of verstrekt aan:

Organisatie: [redacted]
Soort gegevens: [redacted]
Deze gegevens zijn nodig voor: [redacted]

Organisatie: [redacted]
Soort gegevens: [redacted]
Deze gegevens zijn nodig voor: [redacted]

Organisatie: [redacted]
Soort gegevens: [redacted]
Deze gegevens zijn nodig voor: [redacted]

Deze toestemming geldt zolang ik zorg en hulp ontvang van het Leger des Heils.

Ik geef toestemming onder deze voorwaarden:

- Mijn toestemming geldt voor de hierboven beschreven organisaties, gegevens en redenen. In andere situaties vraagt het Leger des Heils mij opnieuw om toestemming.
- Ik kan ervoor kiezen om geen toestemming te geven, om alleen voor bepaalde delen toestemming te geven en ik kan altijd mijn toestemming intrekken. Dit kan gevolgen hebben voor mijn hulpverlening. Het Leger des Heils legt uit wat de gevolgen zijn als ik voor het uitwisselen van (bepaalde) gegevens geen toestemming (meer) geef.

Naam: [redacted]
Plaats: [redacted] Datum: [redacted]
Handtekening: