**U kunt dit formulier digitaal invullen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum aanmelding:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Persoonsgegevens** | | | |
| Achternaam, voorletter(s) |  | Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  | Geslacht |  |
| Geboorteplaats |  | Burgerlijke staat |  |
| Straat met huisnummer |  | BSN |  |
| Postcode |  | Woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  | Nationaliteit |  |
| Email adres |  | Polisnummer |  |
| Zorgverzekeraar |  | Met welke regio is er binding? |  |
| Is er eerder een Leger des Heils -traject gevolgd? | Ja Nee | Is er een wettelijk vertegenwoordiger? | Ja Nee |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Verwijzer** | | | |
| Voor- en achternaam |  | Naam organisatie |  |
| Email adres |  | Telefoonnummer |  |
| Relatie tot de deelnemer |  | Werkdagen |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Reden van aanmelding** | |
| Hoe ziet de hulpvraag eruit? |  |
| Is er 24-uurs zorg nodig?  Zo ja, waaruit blijkt dit? | Ja Nee |
| Hoe moet de begeleiding er uit zien? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Verslaving** | |
| Is er sprake van een verslaving? |  |
| Zo ja, op welk gebied?  (Meerdere antwoorden mogelijk) | Alcohol  Harddrugs  Softdrugs  Anders namelijk: |
| Omschrijf het middelen gebruik  Vb. welk middel, frequentie, hoeveelheden, wat merkt de begeleiding, welke begeleiding is er nodig |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Psychische gesteldheid** | |
| Huidige diagnose (DSM)  \*Graag diagnostiek meezenden |  |
| Omschrijf de psychische/psychiatrische problematiek. |  |
| Welke begeleiding is hierin nodig? |  |
| Is er sprake van een ZM (zorgmachtiging) | Ja Nee  Geldig tot: |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Veiligheid** | |
| Is er sprake van een veiligheidsrisico | Ja Nee |
| Zo ja, wat zijn de risico’s  (denk aan het meesturen van een aanvullende bijlage als in Crisis Preventie Actie Plan) |  |
| Welke begeleiding is hierin nodig? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Betrokken behandelaar** | |
| Is er, naar aanleiding van de beschreven problematiek, een behandelaar betrokken? | Ja Nee |
| Zo ja, op welke manier wordt behandeling ingezet? |  |
| Naam behandelaar |  |
| Naam behandelorganisatie |  |
| Telefoonnummer |  |
| Email adres |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Lichamelijke gesteldheid** | |
| Is er sprake van een medische aandoening? | Ja Nee |
| Zo ja, welke begeleiding is er nodig? |  |
| Is er sprake van ADL afhankelijkheid? | Ja Nee |
| Zo ja, welke begeleiding is er nodig? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Financiën** | |
| Is er sprake van schuldenproblematiek? | Ja Nee |
| Zo ja, is er schuldhulpverlening betrokken? | Ja Nee |
| Gegevens schuldhulpverlener |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Dagbesteding** | |
| Is er sprake van school, werk of dagbesteding? | Ja Nee |
| Zo ja, hoe ziet dit eruit?  Welke begeleiding is er nodig? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Perspectief uitstroom** | |
| Is terugkeer naar de eigen woning mogelijk? | Ja Nee |
| Zo nee, wat is de wens w.b. uitstroom?  Denk aan zelfstandig wonen, begeleid zelfstandig wonen, beschermd wonen etc. |  |
| Is er een inschrijving bij Woningnet?  Zo ja, datum inschrijving | Ja Nee |
| Bij welke gemeente was de laatste inschrijving (BRP). |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Eventuele andere betrokken hulpverleners of contactpersonen** | | | |
| Achternaam, voorletter(s) |  | Naam organisatie |  |
| Straat en huisnummer |  | Postcode |  |
| Email adres |  | Telefoonnummer |  |
| Relatie tot de deelnemer |  | Mobiel nummer |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Indicatie** | | |
|  | WMO-indicatie (denk aan regiobinding) geldig tot: | Soort (BV/BW/BT/Opvang: |
|  | Forensische titel/ IFZO indicatie geldig tot: | ZZP range (GGZ/VG): |
|  | WLZ-GGZ indicatie- indien aanwezig meezenden | Hoogte: |
|  | Andere indicatie |  |
|  | Geen indicatie aanwezig. Welke indicatie gaat er worden aangevraagd?  WMO | Soort:  WLZ GGZ | Hoogte:  Forensische titel (IFZO) | ZZP range (GGZ/VG):  Andere indicatie: | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Zijn er aanvullende documenten om mee te sturen? Denk aan bijv.:** | |
|  | Diagnostiek |
|  | Behandelplan |
|  | Recent hulpverleningsverslag met ondersteuningsplan(nen) |
|  | Zorgmachtiging |
|  | Huisartsen Journaal |
|  | Overige beschikbare rapportage |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Verklaringen** | |
|  | Deelnemer verklaart akkoord te gaan met de aanvraag en de in de bijlagen verstrekte informatie voor de aanmelding bij LDH. |
|  | Deelnemer geeft toestemming om waar nodig aanvullende (medische)gegevens op te vragen bij de instelling waar deelnemer nu in begeleiding is of is geweest. |

|  |
| --- |
| 1. **Aanmelding versturen** |
| **D****it formulier graag retourneren aan Bureau Trajectmanagement:**  ✉ [aanmeldingveteranen.MN@legerdesheils.nl](mailto:aanmeldingveteranen.MN@legerdesheils.nl)  **Belangrijk**:   * Het is alleen mogelijk om te starten met het hulpverleningstraject als de beschikking voor de betreffende hulp is afgegeven. Wij adviseren dan ook om er zorg voor te dragen dat de beschikking tijdig wordt afgegeven. * Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld, conform de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming. |