

BEWERBUNGSBOGEN

Betreute Wohngemeinschaft Germersheim

NAME	
VORNAME	
TELEFON, MOBILTELEFON	
GEBURTSDATUM	
FAMILIENSTAND	
KINDER (ANZAHL / ALTER)	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	

Weitere Angaben des Bewerbers:

LETZTER GEMELDETE AUFENTHALTSORT VOR DER THERAPIE
KOSTENTRÄGER DER THERAPIE
RENTENVERSICHERUNGSNUMMER
TREFFEN §§ 35, 36 AUF SIE ZU?
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
GERICHTLICHE AUFLAGEN, OFFENE VERFAHREN?
OFFENE HAFTZEITEN?

DERZEITIGE THERAPIE – NAME UND ANSCHRIFT DER EINRICHTUNG MIT TELEFONNUMMER
VORAUSSICHTLICHES ENTLASSUNGSDATUM
DIE ENTLASSUNG ERFOLGT VORAUSSICHTLICH
<input type="checkbox"/> REGULÄR <input type="checkbox"/> NICHT REGULÄR
FALLS NICHT REGULÄR, WESWEGEN?
RÜCKFÄLLE WÄHREND DER THERAPIE?
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
FALLS JA, WIE VIELE UND MIT WELCHEM SUCHTMITTEL?
VORHERIGE THERAPIEN – NAME DER EINRICHTUNG, BEGINN, DAUER UND ENTLASSUNGART (REGULÄR, NICHT REGULÄR)
WEITERE VORHERGEHENDE THERAPIEN ODER AUFENTHALTE MIT NAME, ART, BEGINN UND ENTLASSUNGSART
SUCHTMITTELKONSUM > BITTE NENNEN SIE ALLE SUCHTMITTEL DIE SIE SÜCHTIG KONSUMIERT HABEN
WELCHES SUCHTMITTEL HABEN SIE ZULETZT KONSUMIERT (STOFFGEBUNDEN UND NICHT STOFFGEBUNDEN)

FINANZIELLE SITUATION – WOVON LEBEN SIE DERZEIT?	
<input type="checkbox"/> ARBEITSEINKOMMEN <input type="checkbox"/> ARBEITSLÖSUNGSGELD I <input type="checkbox"/> ARBEITSLÖSUNGSGELD II <input type="checkbox"/> GRUNDSICHERUNG	<input type="checkbox"/> ÜBERGANGSGELD <input type="checkbox"/> KRANKENGELD <input type="checkbox"/> RENTE <input type="checkbox"/> SONSTIGES:
FINANZIELLE SITUATION – WOVON LEBEN SIE NACH ENTLASSUNG AUS DER THERAPIE?	
<input type="checkbox"/> ARBEITSEINKOMMEN <input type="checkbox"/> ARBEITSLÖSUNGSGELD I <input type="checkbox"/> ARBEITSLÖSUNGSGELD II <input type="checkbox"/> GRUNDSICHERUNG	<input type="checkbox"/> ÜBERGANGSGELD <input type="checkbox"/> KRANKENGELD <input type="checkbox"/> RENTE <input type="checkbox"/> SONSTIGES:
HABEN SIE SCHULDEN UND WENN JA, WIE HOCH SIND DIESE?	
<input type="checkbox"/> JA HÖHE: EUR <input type="checkbox"/> NEIN, KEINE SCHULDEN	
WENN SCHULDEN BESTEHEN, HABEN SIE BEREITS MIT DER REGULIERUNG BEGONNEN? UND WENN JA, AUF WELCHE ART	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN, NOCH NICHT MIT DER REGULIERUNG BEGONNEN WENN JA, WIE WURDEN DIE SCHULDEN REGULIERT:	
AUSBILDUNG UND BERUF – BITTE GEBEN SIE IHREN HÖCHSTEN SCHULABSCHLUSS AN	
<input type="checkbox"/> KEINEN SCHULABSCHLUSS <input type="checkbox"/> HAUPTSCHULE <input type="checkbox"/> REALSCHULE <input type="checkbox"/> GYMNASIUM <input type="checkbox"/> ANDERER	
BITTE MACHEN SIE ANGABEN ÜBER IHRE BERUFAUSBILDUNG. HABEN SIE EINEN BERUF GELERNT?	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
HABEN SIE EINEN ABSCHLUSS IN DIESEM BERUF?	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

FÜHRERSCHEIN VORHANDEN?

JA NEIN

FÜHRERSCHEIN EINGEZOGEN?

JA NEIN

ERKRANKUNGEN (HEPATITIS, HIV, PSYCHOSEN ETC.)?

NEHMEN SIE REGELMÄßIG MEDIKAMENTE EIN?

JA NEIN

FALLS JA, TRAGEN SIE HIER BTTE IHRE REGELMÄSSIGE MEDIKATION EIN

IST EINE INTERFERON-BEHANDLUNG EINGELEITET ODER DERZEIT GEPLANT?

JA NEIN

WIE SIND SIE AUF UNSERE EINRICHTUNG AUFMERKSAM GEWORDEN? (INTERNET, EMPFEHLUNG, THERAPEUT)

LEBENSGESCHICHTE, EINSCHLIEßLICH HAFT, SCHULABSCHLUSS, BERUFSAUSBILDUNG, BERUFSTÄTIGKEIT, GGF. BISHERIGE THERAPIEN, BESONDERE SPORTLICHE ERFAHRUNGEN, VORLIEBEN IM FREIZEITBEREICH (STICHPUNKTE):

VERLAUF DER THERAPIE: WELCHE THEMEN HABEN SIE BEARBEITET? WELCHE HAUPTZIELE HATTEN SIE UND WELCHE HABEN SIE ERREICHT, WELCHE NICHT, WAS IST NOCH OFFEN? WAS FIEL IHNEN LEICHT, WAS WAR FÜR SIE IN DER THERAPIE AM SCHWIERIGSTEN? (STICHPUNKTE)

WARUM BEWERBEN SIE SICH FÜR DAS BETREUTE WOHNEN? (MOTIVATION)

WELCHE ZIELE HABEN SIE FÜR DAS BETREUTE WOHNEN UND AUF WELCHE ART MÖCHTEN SIE DIESE ERREICHEN?

ARBEIT UND AUSBILDUNG

ALLTAG:

- ZUSAMMENLEBEN IM HAUS
- SOZIALE KONTAKTE
- FREIZEITGESTALTUNG
- SCHULDENREGULIERUNG
- SONSTIGES

SUCHTERKRANKUNG UND PSYCHOSOZIALE STABILISIERUNG:

- AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE
- SELBSTHILFEGRUPPE
- AMBULANTE SUCHTNACHSORGE
- BEGLEITUNG UND EINZELTHERAPIE
- SONSTIGES

WELCHE UNTERSTÜTZUNG ERWARTEN SIE VON IHREM BETREUER IN BEZUG AUF IHRE ZIELE:

BESONDERE VEREINBARUNGEN:

AUSFÜLLHINWEISE:

DIESES PDF-FORMULAR KANN MIT JEDEM AKTUELLEN ADOBE READER GESPEICHERT UND GEDRUCKT WERDEN. DIESES FORMULAR MUSS AUSGEDRUCKT UND HANDSCHRIFTLICH AUSGEFÜLLT WERDEN UM ES UNS MANUELL PER FAX, POST ODER EINGESCANNT PER EMAIL ZUKOMMEN ZU LASSEN.

C H E C K - L I S T E

Was vor dem Einzug ins betreute Wohnen zu erledigen ist
(Bei Fragen hilft der Sozialdienst)

BITTE ANKREUZEN OB BEREITS VORHANDEN / ERLEDIGT	JA	NEIN
Finanzen		
Bei Arbeitslosengeld-II-Bezug Mitteilung des Umzuges an Arge / Jobcenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erste Miete / Nebenkosten (369,70 €) + Kaution (200,00 €) ansparen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontoauszüge der letzten 3 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Girokonto mit Pfändung belegt ist, P-Konto bei anderer Bank eröffnen oder umwandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuldenregulierung einleiten, falls erforderlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liste der Gläubiger und Schulden zusammenstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schufa-Auskunft einholen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitssituation		
Bewerbermappe mit allen notwendigen Unterlagen erstellen, möglichst auf Datenträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notwendige Papiere und Unterlagen besorgen		
Personalausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialversicherungsausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steuernummer, Steuer ID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lohnbescheinigung des letzten Arbeitgebers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitszeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggf. aktuelle Bewerbungsbilder erstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bescheinigung über den Bezug von Übergangsfeld, falls zutreffend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte erinnern Sie die Therapieeinrichtung daran, dass spätestens 14 Tage vor Therapieende die Notwendigkeitsbescheinigung erstellt und an den Kostenträger gesendet werden muss!		