

Wir prüfen gerne Ihre Anfrage und richten uns hierbei nach verschiedenen Kriterien, um ein bedarfsgerechtes Angebot machen zu können. Hierbei beziehen wir den Standort des Angebots, Betreuungssetting, Bedarfe, Diagnosen, Regionalität, Notlagen und interne Verlegungen ein. Bitte beachten Sie, dass je nach Wohn- und Betreuungsform die Kriterien unterschiedlich sind.

Welche Wohn- bzw. Betreuungsform suchen Sie?

Behindertenhilfe

- Besondere Wohnform (gemeinschaftliches Wohnen)* siehe Anlage
- Ambulant Betreutes Wohnen in der eigenen Wohnung (Bereich Behindertenhilfe)
- Ambulant Betreutes Wohnen in der eigenen Wohnung (Bereich Sozialpsychiatrie)
- Ambulante Eingliederungshilfe in der Herkunftsfamilie

Sozialpsychiatrie

- Besondere Wohnform (gemeinschaftliches Wohnen für Frauen)

Persönliche Daten

männlich weiblich divers

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Rechtliche Betreuung: (bitte Bestellsurkunde beilegen)

Besteht ein Einwilligungsvorbehalt: ja nein

Name, Vorname: _____

Betreuungsverein: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Kontakt: über rechtliche Betreuung oder

Name, Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____ Fax: _____

Derzeitige Lebenssituation: Elternhaus eigener Wohnraum Besondere Wohnform
 ohne festen Wohnsitz

Kurzbeschreibung der aktuellen Wohnsituation: _____

Anlass der Anfrage: _____

Leistungsträger oder Selbstzahler:in: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Werkstattbesuch: ja
 noch nicht, wird angestrebt
 nein, nicht werkstattfähig, alternative Tagesstruktur erforderlich
 nein, nicht gewünscht

andere Tätigkeit: _____

(z.B. Reha-Maßnahme, Ausbildung, Umschulung, erster Arbeitsmarkt)

sonstige Leistungen: Rente SGB II (Jobcenter) SGB XII (Sozialamt) Wohngeld
 Sonstiges: _____

Wesentliche Behinderung:

geistige Behinderung psychische/ seelische Behinderung Körperbehinderung
 Sinnesbehinderung Autismus-Spektrum-Störung (ASS) Sucht (Alkohol/ Drogenproblematik)

Diagnosen: ICD-10 Diagnosen und Klartext:

Fachärztliche Stellungnahme eines Facharztes (Psychiater oder Neurologe) mit der entsprechenden Diagnose der Intelligenzminderung (F70.x – F73.x) bitte beilegen. Diese ist für die Bewilligung notwendig.

Sie können dazu das angehängte Formular nutzen.

Krankenkasse: _____ privat gesetzlich

Leistungen der Krankenkasse oder Pflegeversicherung: : ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Therapien): _____

Facharztanbindung: ja nein

Fachrichtung/ Grund: _____

Aktuelle Medikation: _____

Letzter stationärer Klinikaufenthalt und Anlass: _____

Wir bitten Sie – sofern vorhanden – uns relevante Arztberichte der vergangenen 3 Jahre zur Verfügung zu stellen.

Bestehen bestimmte Ängste (z.B. Hunde, Treppen, Geräusche usw.): ja nein

Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5 noch keine Einstufung beantragt

Ein Hilfeplan (BEI_NRW) wurde bereits erstellt (bitte beilegen): ja nein

Kostenzusage liegt vor (bitte beilegen) ja nein

Einstufung Leistungstyp und Hilfebedarfsgruppe wurden bereits vorgenommen: ja nein

LT /HBG

Grad der Behinderung %: _____

Merkzeichen SBA: _____

Gewünschter Zeitraum der Aufnahme: sobald wie möglich perspektivisch __ __

Information bei unmittelbarer Datenerhebung (§ 17 DSGVO-EKD)

1. Verantwortliche Stelle

Diakonie Michaelshoven Leben mit Behinderungen gGmbH
z. H. Ute Herbst (Geschäftsführerin)
Pfarrer-te-Reh-Str. 1
50999 Köln

Telefon: 0221 9956-3011
E-Mail: U.Herbst@diakonie-michaelshoven.de

2. Örtlich Beauftragte für den Datenschutz

Diakonie Michaelshoven e. V.
Leben mit Behinderungen
z. H. Örtlich Beauftragte für den Datenschutz
Pfarrer-te-Reh-Str. 1
50999 Köln

Telefon: 0221 9956-3012
E-Mail: Datenschutzbeauftragte@diakonie-michaelshoven.de

3. Verarbeitungszweck

Die personenbezogenen Daten werden im Rahmen der Anfragenabwicklung bzw. zur Aufnahme in die Warteliste verarbeitet, um eine evtl. künftige Versorgung in der Eingliederungshilfe der Leben mit Behinderungen zu ermöglichen.

4. Rechtsgrundlage

Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der personenbezogenen Daten wird wie folgt begründet:

- § 6 Nr. 5 DSGVO (zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Anfrage der betroffenen Person erfolgt),
- § 13 Abs. 2 Nr. 1 DSGVO (ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person für festgelegte Zwecke).

5. Empfänger der personenbezogenen Daten

Empfänger der personenbezogenen Daten sind

- der Diakonie Michaelshoven e.V. (IT)
- Connex Communication GmbH (Software Dienstleister)

6. Dauer der Datenverarbeitung

Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt, wenn eine Absage erfolgt ist oder kein Interesse mehr an einem Betreuungsplatz besteht.

7. Ihre Rechte

Betroffene Person haben das Recht auf Information und Auskunft, welche Daten über sie/ihn auf welcher Rechtsgrundlage und zu welchem Zweck verarbeitet werden.

Darüber hinaus besteht gemäß Datenschutzgesetz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD) ein Recht auf

- Berichtigung,
- Löschung,
- Einschränkung,
- Datenübertragbarkeit und
- Widerspruch gegen bestimmte Datenverarbeitungsvorgänge sowie auf
- Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde:

Der Beauftragte für den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland

8. Folgen der Nichtbereitstellung der personenbezogenen Daten

Wenn die personenbezogenen Daten nicht bereitgestellt werden, kann die Eignung für die Angebote der Leben mit Behinderung nicht ausreichend geprüft werden.

9. Widerruf

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.
Es wird gebeten, den Widerruf schriftlich zu erteilen.

Einwilligung zur Datenverarbeitung zu Versorgungszwecken

Ich bin damit einverstanden, dass die Leben mit Behinderungen meine personenbezogenen Daten, auch besondere Kategorien personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten), erfassen und als Anfragenabwicklung/Aufnahme Warteliste verarbeiten.

Ort, Datum

Unterschrift

Besondere Wohnform (gemeinschaftliches Wohnen)

Für den Bereich der Besonderen Wohnform müssen bestimmte Kriterien für den Kostenträger erfüllt werden.

Wir benötigen, um die Anfrage prüfen zu können, eine aktuelle fachärztliche Stellungnahme (nicht älter als 6 Monate). Aus dieser muss eine wesentlich geistige Behinderung bzw. der Grad hervorgehen: ICD 10 F70 bis F73. Die fachärztliche Stellungnahme muss von einem Facharzt, hier Bereich Psychiatrie/ Neurologie, ausgestellt worden sein.

Bitte beachten Sie, dass wenn diese Diagnosen nicht vorliegen, wir die Anfrage leider nicht bearbeiten können.

Falls noch nicht vorhanden, finden Sie im Anhang ein Blanko-Formular.

Fachärztliche Stellungnahme

(zur Vorlage beim LVR)

Bei Frau / Herrngeb.

liegt / liegen nach ärztlicher Feststellung folgende Gesundheitsstörung(en) vor:

1.(ICD 10.....)

2.(ICD 10.....)

3.(ICD 10.....)

Schädigungen der Körperstrukturen und Funktionen:

.....
.....
.....
.....

Bisherige notwendige Behandlungen, medizinische Befunderhebungen und Diagnostiken
(entsprechende Unterlagen bitte beifügen):

.....
.....
.....
.....

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift der Ärztin / des Arztes