

Selbstauskunftsbogen

für Interessenten an der Wohn- und Arbeitsstätte

Stammdaten

Name, Vorname	
Adresse	
E-Mail	
Telefon	

1

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und beantworten folgende Fragen ausführlich.

Die Beantwortung des Selbstauskunftsbogens erleichtert uns, Ihre aktuelle Situation und Ihren Hilfebedarf besser einschätzen zu können.

Ihr Aufnahmeteam

Aktuelle Situation

Wie sind Sie auf unser Angebot aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Klinik oder andere Einrichtung
- Empfehlung durch Familie/ Freunde / Bekannte
- Empfehlung durch ambulanten Therapeuten / Hausarzt
- Internet
- Sonstiges: _____

Wo befinden Sie sich aktuell?

- in teil-/ stationärer klinischer Behandlung: _____
- in einer stationären / ambulanten Wohnform: _____
- in der eigenen Wohnung
- bei der Familie (Eltern)
- andere Wohnform (z.B. Obdachlosenhilfe, Frauenhaus) _____

Haben Sie eigenen Wohnraum oder eine Mietwohnung?

- ja
- nein

Haben Sie einen anerkannten Grad der Behinderung mit Ausweis?

- ja: Wieviel % GdB sind anerkannt? _____
- nein



Schul- und Ausbildung

Welchen Schulabschluss haben Sie erreicht?

- ich habe keinen Schulabschluss
- Hauptschulabschluss
- qualifizierter Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife
- Fachhochschulreife
- Abitur

Haben Sie an einer berufsvorbereitenden Maßnahme (BVB/BVJ) teilgenommen?

- ja: Bitte nennen Sie den Anbieter und den Zeitraum der Teilnahme.

- nein

Haben Sie eine Ausbildung begonnen?

- ja: Welche? _____

- nein

Haben Sie die Ausbildung mit einem Berufsabschluss beendet?

- ja: _____

- nein

Waren Sie in Ihrem Ausbildungsberuf sozialversicherungspflichtig angestellt?

- ja: Bitte nennen Sie den Zeitraum. _____

- nein

Sind Sie einer oder mehreren anderen beruflichen Tätigkeiten (z.B. Minijob, Aushilfstätigkeit o.Ä.) nachgegangen?

- ja: Bitte nennen Sie kurz die Art und den Zeitraum der Beschäftigung.

- nein

Haben sie ein Studium begonnen?

ja: Welches?

nein

Sind Sie zurzeit immatrikuliert?

ja: Hochschule: _____

nein

Haben Sie Ihr Studium mit einem Abschluss beendet?

ja: _____

nein

Haben Sie einen Wehr- oder Freiwilligendienst geleistet?

Wehrdienst

Bundesfreiwilligendienst

4 Freiwilliges soziales / ökologisches / kulturelles Jahr

Bitte nennen Sie Anbieter / Einsatzgebiet und Zeitraum des geleisteten Dienstes.

nein

Kostenklärung

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? Ist eine gesetzliche Betreuung beantragt?

ja

Bitte geben Sie Namen und Kontaktdaten (Adresse/Telefon/ E-Mail) Ihres gesetzlichen Betreuers an:

nein

Stehen Sie bereits im Kontakt mit dem Amt für Eingliederungshilfe?

ja

Bitte geben Sie das zuständige Landratsamt und die Kontaktdaten vom Ansprechpartner an.

nein (**Bitte nehmen Sie Kontakt zur EGH auf. Eine Aufnahme kann nur mit vorliegender Kostenzusage erfolgen.**)

Beziehen Sie zurzeit Krankengeld?

ja:

nein

Beziehen Sie zurzeit Rente?

Erwerbsminderungsrente

Halbwaisen-/ Vollwaisenrente

Hinterbliebenenrente

Sonstige: _____

nein

Beziehen Sie zurzeit eine oder mehrere folgenden Leistungen?

Grundsicherung

Wohngeld

Berufsausbildungsbeihilfe

Kindergeld

Arbeitslosengeld I

Arbeitslosengeld II

Pflegegeld

Sonstige: _____

nein

Y:\Datenschutz\Vorlagen\Vorlagen besondere

Wohnform\Aufnahme\Aufnahmeprozess\Selbstauskunftsbogen.docx

Haben Sie Schulden?

- ja
- nein

Stationäre und teilstationäre Voraufenthalte

Bitte fügen Sie entsprechende Entwicklungsberichte und Klinikberichte Ihren Bewerbungsunterlagen bei.

Hatten Sie Angebote oder Hilfen der Jugendhilfe?

- Erziehungsberatung
- Erziehungsbeistand / Betreuungshelfer
- Heimerziehung
- Vollzeitpflege
- Hilfen für junge Volljährige

6

- Sonstige Hilfen: _____
- nein

Haben Sie bereits an einer RPK-Maßnahme (Rehabilitation psychisch Kranker) teilgenommen?

- ja: Bitte nennen Sie die RPK-Maßnahme und den Zeitraum der Teilnahme.

- nein

Befanden Sie sich in der Vergangenheit in stationärer oder ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

- ja: Bitte nennen Sie die Klinik/ den Therapeuten und die Dauer der Behandlung/-en.

- nein

Haben Sie bereits in einer besonderen Wohnform gelebt?

ja: Bitte nennen Sie die Wohnform (Anbieter und Ort) und die Dauer Ihres Aufenthaltes.

nein

Informationen zum individuellen Hilfebedarf

Wurde bei Ihnen eine oder mehrere körperliche Erkrankungen diagnostiziert?

- Asthma Epilepsie
 Diabetes Herz- / Kreislauferkrankungen

Inkontinenz

bestehende Infektionskrankheiten: _____

Sonstige: _____

Allergien: _____

Unverträglichkeiten: _____

7

Wurde bei Ihnen eine oder mehrere psychischen Erkrankungen diagnostiziert?

ja. Bitte nennen Sie die Diagnosen.

Wann wurde das erste Mal eine Diagnose gestellt?

nein

Wurde bei Ihnen eine Suchterkrankung diagnostiziert?

ja. Bitte nennen Sie die Diagnose.

Wann haben Sie zuletzt Suchtmittel konsumiert?

Bitte nennen Sie das/die Suchtmittel, machen Sie Angaben zur Dauer und Häufigkeit Ihres Suchtmittelkonsums.

nein

Konsumieren Sie regelmäßig oder gelegentlich Suchtmittel?

ja. Bitte nennen Sie das/die Suchtmittel, machen Sie Angaben zur Dauer und Häufigkeit Ihres Suchtmittelkonsums.

nein

Besteht bei Ihnen ein laufendes Strafverfahren? Haben Sie Vorstrafen?

ja. Bitte nennen Sie das Delikt, machen Sie Angaben zu bestehenden Bewährungsaufgaben.

nein

Waren Sie in der Vergangenheit inhaftiert?

ja. Bitte nennen Sie das Delikt, machen Sie Angaben zur Dauer der Inhaftierung.

nein

Haben Sie in der Vergangenheit einen oder mehrere Suizidversuche unternommen?

ja. Bitte nennen Sie das Jahr. _____

nein

8

Verletzen Sie sich gelegentlich oder regelmäßig selbst?

ja. Bitte machen Sie Angaben zur Häufigkeit und Art der Selbstverletzungen.

nein

Haben Sie an einer stationären Therapie, z.B. nach DBT (Dialektisch Behaviorale Therapie) teilgenommen?

ja. Bitte nennen Sie Jahr und Dauer der Therapie. _____

nein

Neigen Sie zu fremdaggressiven Verhalten?

ja. Bitte machen Sie Angaben zur Häufigkeit und Art der Fremdaggression. Auch wenn dies nur einmalig aufgetreten ist.

nein

In welchen Bereichen im Alltag benötigen Sie aus Ihrer Sicht Unterstützung?

Gelingt es Ihnen selbstständig aufzustehen?

ja

mäßig: Bitte führen Sie kurz aus:

nein: Bitte führen Sie kurz aus:

Gelingt es Ihnen, selbstständig auf Ihre persönliche Hygiene und Körperpflege zu achten?

ja

mäßig: Bitte führen Sie kurz aus:

nein: Bitte führen Sie kurz aus:

9

Gelingt es Ihnen regelmäßig Mahlzeiten zuzubereiten und/ oder zu kochen?

ja

mäßig: Bitte führen Sie kurz aus:

nein: Bitte führen Sie kurz aus:

Gelingt es Ihnen für ein gepflegtes persönliches Umfeld zu sorgen und den Haushalt zu führen?

ja

mäßig: Bitte führen Sie kurz aus:

nein: Bitte führen Sie kurz aus:

Gelingt Ihnen die Kontaktaufnahme zu Mitmenschen (Familie/ Freunde/ Kollegen...)?

ja

mäßig: Bitte führen Sie kurz aus:

nein: Bitte führen Sie kurz aus:

Gelingt es Ihnen einer regelmäßigen Tagesstruktur / Tätigkeit nachzugehen?

ja

mäßig: Bitte führen Sie kurz aus:

nein: Bitte führen Sie kurz aus:

Gelingt es Ihnen Schriftverkehr und Behördengänge selbstständig und termingerecht zu erledigen?

ja

mäßig: Bitte führen Sie kurz aus:

nein: Bitte führen Sie kurz aus:

Haben Sie sich mit Ihrer Berufsorientierung / Arbeitsplatzsuche auseinandergesetzt?

ja

mäßig: Bitte führen Sie kurz aus:

nein: Bitte führen Sie kurz aus:
