



Ansprechpartner:innen

WG H. Bütow Fon(Fax) 030 – 420 890 70 (-71)
BEW C. Kalau vom Hofe Fon 01522 849 08 11

Informationsbogen für eine Wohnplatzbewerbung

Wohngemeinschaft (WG) ☐ Betreutes Einzelwohnen (BEW) ☐

1. Zur Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum.: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Wichtige weitere Ansprechpartner:innen: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Haben Sie Kinder? ☐ ja ☐ nein

Leben die Kinder bei Ihnen in der Wohnung:
☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung: ☐ ja ☐ nein

Name: _____

Tel.: _____

Anschrift: _____

Betreuungsbereiche:

- ☐ Aufenthaltsbestimmung
- ☐ Gesundheitssorge
- ☐ Wohnungsangelegenheiten
- ☐ Finanzen
- ☐ Vertretung gegenüber Behörden
- ☐ Einwilligungsvorbehalt

Leben Sie bereits in einer eigenen Wohnung? ☐ ja ☐ nein

Erhalten Sie dort aktuell Unterstützung durch BEW Betreuung oder Einzelfallhilfe?

☐ nein ☐ ja,

Wenn ja,

Name: _____

Tel.: _____

Anschrift: _____

Name des zuständigen Bezirksamtes/Teilhabeplaner:in

Tel.: _____

Welche Personen sehen Sie regelmäßig? (z.B. Geschwister, Freunde):

2. Schule und Arbeit

Schul- und Ausbildung, Berufstätigkeit:

Zeitraum	Institution	Abschluss
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wo arbeiten Sie? Oder welche Schule oder Einrichtung zur Tagesstruktur besuchen Sie zurzeit?

Name: _____

Ansprechpartner:in: _____

Tel.: _____

Anschrift: _____

Liegt eine Werkstattfähigkeit vor? ☐ ja ☐ nein

3. Diagnosen

Welche Art der Behinderung liegt bei Ihnen vor?

Grad der Behinderung: _____

Leiden Sie unter einer psychischen Krankheit oder Auffälligkeit?

☐ ja ☐ nein

Welche?: _____

Nehmen Sie an einer Therapie teil?

☐ nein

☐ ja, _____

Haben Sie eine Suchterkrankung (z.B. Alkohol, Cannabis)?

☐ nein

☐ ja, _____

Haben Sie eine Pflegegrad?

☐ ja (Pflegegrad: ____)

☐ nein

Haben Sie Epilepsie?

☐ ja

☐ nein

Form der Epilepsie: _____

Haben Sie weiteren Erkrankungen?

☐ ja

☐ nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

Aufenthalte in Krankenhaus oder Psychiatrie:

Zeitraum

Institution

Diagnose

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nutzen Sie Hilfsmittel?:

(Geh-, Seh-, Hörhilfe, Rollstuhl, Inkontinenzhilfen etc.)

4. Wege

Wie bewegen Sie sich in der Stadt fort (sie können mehrere Sachen ankreuzen)

- ☐ Zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ mit den öffentlichen Verkehrsmitteln
☐ Mit einem Transportunternehmen ☐ Sonstiges: _____

Können Sie öffentliche Verkehrsmittel allein benutzen?

- ☐ ja ☐ nein

Sind Sie nach einer Trainingsphase in der Lage Wege allein zu gehen?

- ☐ ja ☐ nein

5. Wohnsituation

Haben Sie bisher in Heimen, Wohngemeinschaften oder anderen Einrichtungen gelebt?

- ☐ nein ☐ ja

Zeitraum	Institution	Ansprechpartner:in/Tel.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Besitzen Sie einen aktuellen Wohnberechtigungsschein (WBS)? ☐ ja ☐ nein

6. Ziele und Wünsche

Warum wünschen Sie sich eine Betreuung durch Bastille – Gsws e.V.?

Wie stellen Sie sich eine Betreuung beim Bastille – Gsws e.V. vor

(Häufigkeit der Treffen, Wünsche an die Betreuer:innen?)

In welchen Bereichen wünschen Sie sich Unterstützung?

7. Fragebogen

Hat Ihnen jemand geholfen den Fragebogen auszufüllen? Wenn ja wer?

Name: _____

Tel.: _____

Anschrift: _____

Wie sind Sie auf Bastille e.V. aufmerksam geworden?

Berlin, den _____ Unterschrift: _____

Information zum Datenschutz:

Die von Ihnen übermittelten personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Einrichtung und Planung einer möglichen Betreuung bei Bastille-Gsws e.V. verwendet. Sie unterliegen dem Datenschutz und werden nur von autorisierten Personen genutzt. Sollte keine Betreuung zustande kommen, werden diese Daten vernichtet.