AANMELDINGSFORMULIER

GEGEVENS CLIËNT

|  |  |
| --- | --- |
| NAAM en VOORNAAM CLIËNT |  |
| RIJKSREGISTERNUMMER |  |
| GESLACHT | [ ]  man [ ]  vrouw [ ]  X |
| GEBOORTEDATUM |  |
| ADRES STRAAT + NR. |  |
| ADRES POSTCODE + GEMEENTE |  |
| TELEFOON |  |
| EMAIL |  |
| OPTIMAAL COMMUNICATIEKANAAL |  |
| MUTUALITEIT |  |
| NATIONALITEIT / ORIGINE |  |
| TAAL | [ ]  Nederlands [ ]  Frans [ ]  Andere: …………………………… |
| GESPREKKEN | [ ]  Overdag [ ]  ‘s Avonds [ ]  Na schooluren |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HANDICAP |  [ ]  Auditief [ ]  Gedrags- & emotionele stoornis [ ]  NAH [ ]  Autisme | [ ]  Mentaal[ ]  Visueel[ ]  Motorisch[ ]  Andere:………………………………….. | [ ]  Vermoeden van handicap:…………………………………. |

|  |
| --- |
| ERKENNING VAPH: indien ja, welke ? ……………………………………………………………….. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MOGELIJKHEDEN LOCATIE GESPREKKEN | [ ]  Thuis (enkel indien veilig (COVID, …))[ ]  Kantoor DOP[ ]  Contactpunt (dienst in regio) | [ ]  Voorziening/Dienst[ ]  Online[ ]  School |

GEGEVENS AANMELDER

|  |  |
| --- | --- |
| AANMELDINGSDATUM |  |
| NAAM AANMELDER |  |
| EMAIL AANMELDER |  |
| TELEFOON AANMELDER |  |
| RELATIE AANMELDER TOT CLIENT |  |
| WIE CONTACTEREN BIJ OPSTART DOP ? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Aanmelder kan deelnemen aan (kennismakings)gesprek | [ ]  Ja[ ]  Neen |
|  |  |
| Is cliënt op de hoogte van de aanmelding ? | [ ]  Ja[ ]  Neen |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hoe kom je bij ons terecht(niet verplicht) | [ ]  website DOP[ ]  andere website[ ]  andere DOP | [ ]  contactpunt[ ]  bekendmaking[ ]  BrAP[ ]  andere dienst, organisatie, ………………….. | [ ]  folder[ ]  affiche[ ]  netwerk |

|  |  |
| --- | --- |
| Situatieschets | 1. Heeft de cliënt een dagbezigheid ?
2. Wie woont er samen met de cliënt ?
3. Zijn er rokers, huisdieren, … in huis ?
 |
| Wat verwacht u van Dienst Ondersteuningsplan ?(toekomstvragen, aanvraag PVB, …) |  |
| Eventuele opmerkingen |  |