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 |  |