



Aanmeldformulier verlenging zorg

Dit formulier geldt niet voor een verlenging van huishoudelijke ondersteuning.

Datum	
-------	--

Naam	
BSN	
Geboortedatum	
Straatnaam, postcode, woonplaats.	
E-mailadres	
Telefoonnummer(s)	

Gezinssamenstelling					
Aantal thuiswonenden			<input type="checkbox"/> 1 persoon <input type="checkbox"/> 2 personen <input type="checkbox"/> 3 of meer personen		
	Naam	m/v	Geboortedatum	BSN	school/ werk/n.v.t.
Volwassene					
Volwassene					
Kind 1					
Kind 2					
Kind 3					
Overig					

Naam huisarts + telefoonnummer	
--------------------------------	--

Wat is de noodzaak voor verlenging van de zorg? Omschrijf in deze kolom kort de noodzaak. Op pagina 3 vindt u het Zorgplan om samen met uw zorgaanbieder/zorgverlener in te vullen. Vergeet dit niet te ondertekenen. Naast het Zorgplan moet er een recente evaluatie van de zorg zijn. De zorgaanbieder/zorgverlener moet deze opstellen en het document moet bij dit formulier worden gevoegd.

Welke hulpverleners en/of andere contactpersonen zijn betrokken?

(naam, organisatie, telefoonnummer)

Als het gaat om een vraag rondom een gezin met kinderen

De gezinsleden moeten op de hoogte zijn van de melding, zij moeten akkoord geven voor de melding. Zij moeten mede ondertekenen.

Wettelijke toestemming bij gedeeld gezag

Als er sprake is van gescheiden ouders en gezamenlijk gezag, dan is het noodzakelijk dat de andere gezaghebbende ouder/ verzorger over de aanmelding wordt geïnformeerd en het aanmeldformulier ook ondertekent.

Akkoord en handtekening (aanvinken bij toestemming)

- akkoord met deze aanmelding bij het Zorgteam Koggenland.
- op de hoogte dat deze aanmelding besproken kan worden in het Zorgteam.
- akkoord met het vastleggen van mijn persoonsgegevens.
- akkoord met de eventuele uitwisseling van (medische) gegevens met andere betrokken hulpverleners, arts(en) en schoolmedewerkers. Deze uitwisseling wordt mij vooraf verteld.

Plaats _____ Datum _____

Naam en handtekening volwassene _____
(ouder 1)

Zo nodig:

Naam en handtekening volwassene _____
(ouder 2)

Naam en handtekening van jongere _____
(ouder dan 12)

Het ingevulde formulier kan per post worden opgestuurd naar:
Zorgteam Koggenland, Postbus 21, 1633 ZG Avenhorn of per mail: zorgteam@koggenland.nl. Er wordt binnen 7 werkdagen contact met u op genomen door een medewerker van het Zorgteam.

Telefonisch is het Zorgteam bereikbaar van maandag t/m donderdag van 9.00 uur tot 16.30 uur en op vrijdagochtend van 9.00 uur tot 12.00 uur via telefoonnummer **(0229) 54 83 70**.

Let op: Een niet compleet aanmeldformulier nemen wij niet in behandeling.

Dit formulier is nog geen aanvraag voor een voorziening.



Zorgplan voor herindicatie Jeugd/Wmo

Let op: Voeg ook een recent evaluatiedocument toe.

A. Gegevens van de inwoner

Naam	
Geboortedatum	
Burgerservicenummer	

B. Waar is er zorg voor nodig?

Ziekte/bepanking/handicap/diagnose	
Diagnosesteller	

- Indien u hiervan bewijsstukken heeft (diagnostisch onderzoek, verslagen etc.) dient u deze mee te sturen met dit zorgplan.

C. Van wie ontvangt u op dit moment zorg of ondersteuning

Naam van huidige hulpverlener / ondersteuner 1	
Is de hulpverlener werkzaam voor een instantie?	
Zo ja, welke en welke functie beoefent hij/zij? Leerkracht, medicus, hulpverlener. Zo nee, welke relatie heeft de hulpverlener tot de aanvrager Familie, burens, vrienden.	
Telefoonnummer	
Emailadres	
Wat houdt de hulpverlening in ? Begeleiding Individueel algemene begeleiding, intensieve begeleiding, handhaving/activering (waaronder in sommige gevallen verpleging en/of persoonlijke verzorging) Begeleiding Groep belevingsgerichte dagbesteding, arbeidsmatige dagbesteding, intensieve groepsbegeleiding	

Kortdurend Verblijf Beschrijf de activiteiten.	
Wanneer en hoe vaak vindt de hulpverlening plaats? Elke dag/ week of incidenteel. (Vermeld aantal uren of dagdelen.)	
Waarom is deze zorg nodig? Beschrijf specifiek waarom u deze zorg nodig hebt en beschrijf wat er gebeurt indien u deze zorg niet zou krijgen.	
Zijn er veranderingen nodig in de huidige zorg? Noteer of en zo ja welke veranderingen er nodig zijn en waarom.	
Betreft het een herindicatie of een eerste aanvraag voor een indicatie? Pgb/Zin: Tarief/Productcode:	

Naam van huidige hulpverlener / ondersteuner 2	
Is de hulpverlener werkzaam voor een instantie?	
Zo ja, welke en welke functie beoefent hij/zij? Leerkracht, medicus, hulpverlener. Zo nee, welke relatie heeft de hulpverlener tot de aanvrager Familie, burens, vrienden.	
Telefoonnummer	
Emailadres	
Wat houdt de hulpverlening in? Begeleiding Individueel algemene begeleiding, intensieve begeleiding, handhaving/activering (waaronder in sommige gevallen verpleging en/of persoonlijke verzorging)	

<p>Begeleiding Groep belevingsgerichte dagbesteding, arbeidsmatige dagbesteding, intensieve groepsbegeleiding</p> <p>Kortdurend Verblijf Beschrijf de activiteiten.</p>	
<p>Wanneer en hoe vaak vindt de hulpverlening plaats? Elke dag/ week of incidenteel. (Vermeld aantal uren of dagdelen.)</p>	
<p>Waarom is deze zorg nodig? Beschrijf specifiek waarom u deze zorg nodig hebt en beschrijf wat er gebeurt indien u deze zorg niet zou krijgen.</p>	
<p>Zijn er veranderingen nodig in de huidige zorg? Noteer of en zo ja welke veranderingen er nodig zijn en waarom.</p>	
<p>Betreft het een herindicatie of een eerste aanvraag voor een indicatie?</p> <p>Pgb/Zin: Tarief/Productcode:</p>	

D. Einddoelen

1.	<p>Einddoel 1 (bijv. aanvrager kan zelfstandig op een scootmobiel rijden) Startdatum: - -</p>
1a	<p>Tussendoel: (bijv. les volgen)</p> <p>Startdatum:</p> <p>Actie: (bijv. informatie opvragen over les, aanmelden en deelnemen)</p> <p>Tijdsplanning: (Wanneer vindt welke actie plaats?)</p> <p>Middelen: (Wat is er nodig om het tussendoel te behalen?)</p>

1b	<p>Tussendoel : (bijv. budgethouder kan samen met begeleider ritjes maken op de scootmobiel)</p> <p>Startdatum: - -</p> <p>Actie: (bijv. Samen met begeleider oefenen)</p> <p>Middelen:</p>
1c	<p>Tussendoel:</p> <p>Startdatum: - -</p> <p>Actie:</p> <p>Tijdsplanning:</p> <p>Middelen:</p>
	<p>Evaluatie einddoel 1: - - (maximaal een half jaar na startdatum)</p>

2.	<p>Einddoel 2</p> <p>Startdatum: - -</p>
2a	<p>Tussendoel:</p> <p>Startdatum:</p> <p>Actie:</p> <p>Tijdsplanning:</p> <p>Middelen:</p>
2b	<p>Tussendoel :</p> <p>Startdatum: - -</p> <p>Actie:</p> <p>Middelen:</p>

2c	<p>Tussendoel:</p> <p>Startdatum: - -</p> <p>Actie:</p> <p>Tijdsplanning:</p> <p>Middelen:</p>
	<p>Evaluatie einddoel 2: - - (maximaal een half jaar na startdatum)</p>

3.	<p>Einddoel 3</p> <p>Startdatum: - -</p>
3a	<p>Tussendoel:</p> <p>Startdatum:</p> <p>Actie:</p> <p>Tijdsplanning:</p> <p>Middelen:</p>
3b	<p>Tussendoel :</p> <p>Startdatum: - -</p> <p>Actie:</p> <p>Middelen:</p>

3c	<p>Tussendoel:</p> <p>Startdatum: - -</p> <p>Actie:</p> <p>Tijdsplanning:</p> <p>Middelen:</p>
	<p>Evaluatie einddoel 3: - - (maximaal een half jaar na startdatum)</p>

Plaats: _____ Datum _____

Naam en handtekening volwassene _____
(ouder 1)

Zo nodig:

Naam en handtekening ouder 2 _____

Naam en handtekening van jongere _____
(ouder dan 12)

Naam en handtekening zorgaanbieder: _____