

# Sozialbericht zur Anmeldung für eine Wohnform der Lebenshilfe

## Regionalvereinigung Kamenz-Hoyerswerda e.V.

Der Sozialbericht bezieht sich auf folgende Person:

Name, .....

Anschrift: .....

**Bitte machen Sie Angaben zum Lebenslauf der genannten Person.**

Bisherige Wohnorte:	Wohnort	Jahr(e)	Wohnort	Jahr(e)
---------------------	---------	---------	---------	---------

Bisherige Schulen:	Name der Schule	Ort	Jahr(e)
--------------------	-----------------	-----	---------

Name der Schule	Ort	Jahr(e)
-----------------	-----	---------

Die genannte Person hat eine (Teil-)Ausbildung:  Ja  Nein

Wenn ja, als: .....

Die genannte Person ist berufstätig:  Ja  Nein

Wenn ja, wo (Anschrift, Tel.): .....

Nein, Person war berufstätig:	Art der Tätigkeit	Ort	Jahr(e)
-------------------------------	-------------------	-----	---------

**Folgende Gesundheits- bzw. Leistungsstörungen oder Behinderungen liegen vor:**

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

Die genannte Person ist dazu in der Lage...

... in einer Gemeinschaft zu wohnen.  Ja  Nein

Wenn nein, warum nicht?

... selbständig Ordnung zu halten.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
------------------------------------	-----------------------------	---	-------------------------------

... sich selbständig zu waschen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
----------------------------------	-----------------------------	---	-------------------------------

... selbständig die Toilette zu nutzen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	---	-------------------------------

... selbständig zu baden oder zu duschen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	---	-------------------------------

... sich selbständig an- und auszuziehen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	---	-------------------------------

... selbständig aufzustehen und zu Bett zu gehen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	---	-------------------------------

... sich selbständig fortzubewegen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Mit Hilfsmitteln.	<input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------------	-----------------------------	--	-------------------------------

Wenn Hilfsmittel benötigt werden, welche?

... selbständig öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	---	-------------------------------

... selbständig den Schul- bzw. Arbeitsweg zu bewältigen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	---	-------------------------------

... selbständig einzukaufen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
------------------------------	-----------------------------	---	-------------------------------

... selbständig Mahlzeiten zuzubereiten.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	---	-------------------------------

... die eigene Wäsche zu pflegen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------------	-----------------------------	---	-------------------------------

... Heil- und Hilfsmittel anzuwenden und zu pflegen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	---	-------------------------------

... auf die eigene Ernährung zu achten.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	---	-------------------------------

... auf die eigene Gesundheit zu achten.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe.	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	---	-------------------------------

# Sozialbericht zur Anmeldung für eine Wohnform der Lebenshilfe

## Regionalvereinigung Kamenz-Hoyerswerda e.V.

- |  |                             |   |                               |
|--|-----------------------------|---|-------------------------------|
| ... eigene Bedürfnisse zu äußern.                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... andere Personen wahrzunehmen und zu verstehen.         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... selbständig Kontakt zu Angehörigen zu halten.          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... Freundschaften/Partnerschaften/Beziehungen zu pflegen. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... Zukunftsperspektiven einzuschätzen und zu planen.      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... die Uhrzeiten zu lesen und Jahreszeiten einzuordnen.   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... sich in vertrauter Umgebung zu orientieren.            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... sich in fremder Umgebung zu orientieren.               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... mit Geld umzugehen.                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... finanzielle und rechtliche Angelegenheiten zu regeln.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... die Freizeit und Freizeitangebote selbst zu gestalten. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... sich in bestehende Gruppengänge zu integrieren.        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |

### **Gesundheitliche Besonderheiten:**

Die genannte Person...

... leidet unter  Angstzuständen,  Unruhe,  Anspannung.

Wenn ja, wie oft oder wann? .....

... leidet unter  Antriebsstörungen  Interessenlosigkeit.

Wenn ja, wie oft oder wann? .....

... leidet unter psychischen Verhaltensauffälligkeiten.  Ja  Nein

Wenn ja, welchen? ..... Wann? .....

... zeigt selbst-und fremdgefährdendes Verhalten.  Ja  Nein

Wenn ja, welches? ..... Wann? .....

... hat bestimmte Therapien einzuhalten.  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

... muss besondere Diäten einhalten.  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

**Besondere Hinweise** (z.B. zu prägenden Ereignissen, zur Sexualität, zu besonderen Bezugspersonen, zu Verträgen und Versicherungen, Mietzahlungen, Unterhaltszahlungen, Verschuldungen usw.):

.....  
.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Aufzunehmender