**Beste Client/ Aanmelder,**

Bedankt voor de gestelde interesse in onze organisatie Kick zorggroep. Onderstaand treft u het aanmeldpakket van Kick Zorggroep. Om een zo goed mogelijke beoordeling te kunnen maken verzoeken wij u het aanmeldpakket zo volledig mogelijk in te vullen.

In de bijlage doen wij u de in- en uitsluitingscriteria, geldend voor Kick zorggroep toekomen. Wij verzoeken u deze goed door te lezen.

Wanneer wij het volledig ingevulde pakket terug hebben ontvangen met de gevraagde bescheiden, zullen wij een eerste beoordeling maken of client past binnen onze doelgroep. Bij een positieve beoordeling zullen wij u uitnodigen voor een kennismakingsgesprek. Tijdens dit kennismakingsgesprek zullen wij kijken of er wederzijds een klik is om met elkaar te gaan werken aan de toekomst.

**Het ingevulde aanmeldpakket en de benodigde bijlagen kunt u mailen naar** **aanmelding@kickzorggroep.nl** **of per post sturen naar;**

**Kick Zorggroep**

**t.a.v. cliëntadministratie**

**Randweg 94 A**

**3074 BS Rotterdam**

Met vriendelijke groeten,

Kick zorggroep.

**Aanmeldpakket**

##### NAW-gegevens cliënt

Datum: Klik of tik om een datum in te voeren. [ ] WMO [ ] WLZ [ ] FOZO

Voornamen: Klik of tik om tekst in te voeren. Achternaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Adres: Klik of tik om tekst in te voeren.

Postcode: Klik of tik om tekst in te voeren. Woonplaats: Klik of tik om tekst in te voeren.

Telefoon privé: Klik of tik om tekst in te voeren. Telefoon mobiel: Klik of tik om tekst in te voeren.

E-mailadres: Klik of tik om tekst in te voeren.

Geboortedatum: Klik of tik om tekst in te voeren. Geslacht: [ ] Man [ ] Vrouw

BSN-nummer: Klik of tik om tekst in te voeren. Burgerlijke staat: Kies een item.

Legitimatie: Paspoort/ID nr: Klik of tik om tekst in te voeren. Geboorte plaats: Klik of tik om tekst in te voeren.

##### Gegevens plaatsende instelling

Voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren. Achternaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Naam instelling: Klik of tik om tekst in te voeren.

Adres instelling: Klik of tik om tekst in te voeren.

Postcode: Klik of tik om tekst in te voeren. Woonplaats: Klik of tik om tekst in te voeren.

Telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren. E-mail: Klik of tik om tekst in te voeren.

##### Gegevens contactpersoon/mantelverzorger

Voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren. Achternaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Adres: Klik of tik om tekst in te voeren.

Postcode: Klik of tik om tekst in te voeren. Woonplaats: Klik of tik om tekst in te voeren.

Relatie tot cliënt: Klik of tik om tekst in te voeren.

Telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren. E-mail: Klik of tik om tekst in te voeren.

##### Medische gegevens

Heeft u een zorgverzekering? [ ] Ja [ ] Nee

Naam huisarts: Klik of tik om tekst in te voeren.

Adres: Klik of tik om tekst in te voeren.

Postcode: Klik of tik om tekst in te voeren. Woonplaats: Klik of tik om tekst in te voeren.

Telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren. E-mail: Klik of tik om tekst in te voeren.

Gebruikt u medicijnen? [ ] Ja [ ] Nee

Naam apotheek: Klik of tik om tekst in te voeren.

Adres: Klik of tik om tekst in te voeren.

Postcode: Klik of tik om tekst in te voeren. Woonplaats: Klik of tik om tekst in te voeren.

Telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren. E-mail: Klik of tik om tekst in te voeren.

*Indien u medicijnen gebruikt, vul hieronder in wat, hoeveel en sinds wanneer u de medicijnen gebruikt.*

Naam medicijn: Hoeveelheid: Sinds wanneer:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Klik of tik om tekst in te voeren. | Klik of tik om tekst in te voeren. | Klik of tik om een datum in te voeren. |
| 2 | Klik of tik om tekst in te voeren. | Klik of tik om tekst in te voeren. | Klik of tik om een datum in te voeren. |
| 3 | Klik of tik om tekst in te voeren. | Klik of tik om tekst in te voeren. | Klik of tik om een datum in te voeren. |
| 4 | Klik of tik om tekst in te voeren. | Klik of tik om tekst in te voeren. | Klik of tik om een datum in te voeren. |
| 5 | Klik of tik om tekst in te voeren. | Klik of tik om tekst in te voeren. | Klik of tik om een datum in te voeren. |

**Geschiedenis en huidige situatie**

##### Wie is de mens achter de cliënt

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Levensverhaal:*

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Psychisch functioneren:*

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Cognitief functioneren:*

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Medische geschiedenis:*

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Sociaal en emotioneel functioneren:*

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Lichamelijk functioneren / ADL:*

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Communicatie:*

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Seksualiteit:*

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Contacten/sociaal netwerk:*

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Kern van de problematiek/sterke punten:*

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Delictgeschiedenis/Residive :*

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Begeleidingslijn:*

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Perspectief* :

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

 |

Behandelaar

Heeft u een behandelaar? [ ] Ja [ ] Nee\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam behandelaar 1: Klik of tik om tekst in te voeren.

Periode: Klik of tik om tekst in te voeren.

Reden van behandeling: Klik of tik om tekst in te voeren.

Telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren. E-mail: Klik of tik om tekst in te voeren.

Naam behandelaar 2: Klik of tik om tekst in te voeren.

Periode: Klik of tik om tekst in te voeren.

Reden van behandeling: Klik of tik om tekst in te voeren.

Telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren. E-mail: Klik of tik om tekst in te voeren.

**Overig**

##### Bewind/curator/SHV en/of KBR

Staat u onder bewind? [ ] Ja [ ] Nee

Zo ja, wie is uw bewindvoerder? Klik of tik om tekst in te voeren.

Adres: Klik of tik om tekst in te voeren.

Postcode: Klik of tik om tekst in te voeren. Woonplaats: Klik of tik om tekst in te voeren.

Telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren. E-mail: Klik of tik om tekst in te voeren.

Indicatie

Heeft u een indicatie? [ ] Ja [ ] Nee

Zo ja, wat voor indicatie heeft u? Klik of tik om tekst in te voeren.

Vakantie

Gaat u binnenkort met vakantie? (i.v.m. indicatie aanvraag) [ ] Ja [ ] Nee

Zo ja, welke periode? Klik of tik om tekst in te voeren.

Huisvesting

Is er een huisvestigingsprobleem? [ ] Ja [ ] Nee

Zo ja, wat is het probleem? Klik of tik om tekst in te voeren.

Zeden met minderjarige

Bent u veroordeeld voor een zedendelict met een minderjarige ? [ ]  Ja [ ] Nee

Zo ja, ontvangen wij graag de uitspraak van de rechtbank?

(Vuur)wapen

Bent u veroordeeld/aangehouden of in het bezit van een vuurwapen ? [ ] Ja [ ] Nee

Zo ja, wat is/was de reden van het bezit ? Klik of tik om tekst in te voeren.

**Mee te sturen bescheiden**

##### Bescheiden: Meegestuurd?

Indicatiebesluit/beschikking [ ] Ja/[ ] Nee/[ ] N.v.t.

Medicatieoverzicht (via de apotheek) [ ] Ja/[ ] Nee/[ ] N.v.t.

Recent intelligentieonderzoek (als aanwezig) [ ] Ja/[ ] Nee/[ ] N.v.t.

Verslagen van eerdere hulpverlener(s) [ ] Ja/[ ] Nee/[ ] N.v.t.

Recente rapportages van eerdere hulpverlener(s) [ ] Ja/[ ] Nee/[ ] N.v.t.

Diagnostische gegevens (als aanwezig) [ ] Ja/[ ] Nee/[ ] N.v.t.

Signaleringsplan/crisisplan [ ] Ja/[ ] Nee/[ ] N.v.t.

Gegevens school/dagbesteding/werk [ ] Ja/[ ] Nee/[ ] N.v.t.

**Mee te nemen bescheiden naar het kennismakingsgesprek**

##### Bescheiden:

Geldig ID-bewijs

Niet eerder meegestuurde bescheiden

**In te vullen door Kick zorggroep**

##### Gemaakte afspraken

|  |
| --- |
|  |

Komt de cliënt in zorg? [ ] Ja/[ ] Nee

Zo ja, per wanneer?

Zo nee, waarom niet?

**In en uitsluitingscriteria**

##### Insluitingscriteria

* De (jong) volwassenen hebben minimaal een leeftijd van 15+.
* De (jong) volwassenen hebben een (licht) verstandelijke (VG), een sociale, psychische, cognitieve beperking of een combinatie daarvan (GGZ), eventueel met of zonder een justitiële achtergrond.
* De (jong) volwassenen hebben een WMO, WLZ, jeugdwet of justitiële achtergrond.

##### Uitsluitingscriteria

* De (jong) volwassenen is visueel, verbaal of auditief beperkt.
* De (jong) volwassenen hebben ernstige agressieproblematiek of seksueel ongewenste gedragingen die voor de groep onveilig zijn.
* De (jong) volwassenen hebben/komen in aanmerking voor een indicatie vanuit de ZVW.
* De (jong) volwassenen vallen onder de Wet zorg en dwang, gezien deze buiten de bevoegdheid vallen vanuit onze organisatie.
* De (jong) volwassenen hebben wel ondersteuning nodig op het gebied van medicatiebeheer en de verstrekking daarvan.
* De (jong) volwassenen komen wel in aanmerking voor vrijheidsbeperkende maatregelen.
* Zedendelinquenten met betrekking tot jeugd.

KICK Zorggroep behoudt zich het recht voor de zorgovereenkomst met bestaande cliënten te beëindigen, indien er een redelijke termijn is verleend tot het verhelpen van de grond voor beëindiging en er alsnog sprake is van:

* Het niet openstellen of meewerken van de cliënt aan begeleiding, in die mate, dat verantwoorde begeleiding niet meer gegarandeerd kan worden.
* Agressief of intimiderend gedrag naar andere cliënten of medewerkers.
* Seksueel misbruik van andere cliënten of medewerkers.
* Ongewenste intimiteiten.
* Lichamelijk geweld.
* Een gevaar zijn voor zichzelf of voor de omgeving.
* Een WZD-indicatie.