

MELDINGSFORMULIER THUISWONEN+ (WMO)

Waarvoor is dit formulier?

Met dit formulier kunt u alle benodigde informatie indienen die nodig is voor het onderzoek thuiswonen+. Wij verzoeken u het ingevulde formulier inclusief bijlagen binnen twee weken terug te sturen. Wanneer uw melding compleet is wordt deze in behandeling genomen.

Uw melding is compleet indien:

- dit meldingsformulier volledig is ingevuld
- alle aanvullende gegevens en rapportages zijn meegezonden
- de melding wordt ondersteund door actuele informatie van een verwijzer, behandelaar of zorgaanbieder die de problematiek, leerbaarheid en de noodzaak van 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid voor de inwoner onderbouwt.

Meer informatie

Voor vragen en advies kunt u contact opnemen met **WMO afdeling REGIOGEMEENTE**. **WMO REGIOGEMEENTE** is op werkdagen bereikbaar via telefoonnummer: **VUL IN NUMMER REGIOGEMEENTE** of via het e-mailadres: **VUL IN EMAILADRES REGIOGEMEENTE**.

U kunt dit formulier opsturen naar: **VUL IN ADRESGEGEVENS REGIOGEMEENTE** of per mail: **VUL IN EMAILADRES REGIOGEMEENTE**.

1. PERSOONLIJKE GEGEVENS

Clientnummer	
Werkprocesnummer	
Naam	
Adres	
Geboortedatum	
BSN	
Woonsituatie	<input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> bij ouder(s) <input type="checkbox"/> binnen instelling, namelijk: _____
	<input type="checkbox"/> geen vaste woon- of verblijfplaats <input type="checkbox"/> anders, namelijk: _____

2. ADRES / CONTACTGEGEVENS

Adres	
Telefoon	
E-mail	

3. CORRESPONDENTIE

Naam	
Adres	
Postcode en plaats	
Toelichting	

4. CONTACTPERSOON /WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER *(indien van toepassing)*

Naam	
Adres	
Postcode en plaats	
Telefoon	
E-mail	
Toelichting/relatie	
Wettelijk vertegenwoordiger	<input type="checkbox"/> curator <input type="checkbox"/> bewindvoerder <input type="checkbox"/> mentor <input type="checkbox"/> gemachtigde
NB: U wordt verzocht een kopie van de beschikking/machtiging bij de melding te voegen.	

5. GEGEVENS VERWIJZER *(indien van toepassing)*

Naam verwijzende instantie	
Naam en voorletter(s)	
Functie	
Adres	
Postcode en plaats	
Telefoon	
E-mail	

6. REDEN VAN DE MELDING / TOELICHTING NOODZAAK 24 UURSSETTING

--

7. ZIJN ER BIJZONDERHEDEN DIE VOOR DE MELDING VAN BELANG ZIJN?

--

8. HEEFT U OP DIT MOMENT HULP EN/OF ONDERSTEUNING?

- nee
- ja, geef hieronder aan

(Omschrijving van de ondersteuning, door eigen netwerk en/of professionele organisatie)	
Zo ja, is er een indicatie aanwezig:	
<input type="checkbox"/> Wet Langdurige Zorg (WLZ) <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> Jeugdwet	<input type="checkbox"/> Justitiële indicatie (IFZO) <input type="checkbox"/> Zorgverzekeringswet (ZVW)
NB: U wordt verzocht een kopie van de indicatie bij de melding te voegen.	

9. IS ER SPRAKE VAN EEN BIJZONDERE MAATREGEL

<input type="checkbox"/> Zorgmachtiging <input type="checkbox"/> Reclasseringstoezicht <input type="checkbox"/> Justitiële titel	Toelichting:
NB: U wordt verzocht een kopie van de Rechtbank bij de melding te voegen.	

10. BIJLAGEN

Verplicht	<input type="checkbox"/> Informatie die de noodzaak van de 24-uursbereikbaarheid en -beschikbaarheid onderbouwt
Indien van toepassing	<input type="checkbox"/> Verwijsbrief <input type="checkbox"/> Informatie verloop behandeltraject en behandeladvies <input type="checkbox"/> Diagnostische gegevens <input type="checkbox"/> Informatie over eventuele veiligheid- en terugvalrisico's <input type="checkbox"/> Signaleringsplan <input type="checkbox"/> Rapportage(s) arbeidsmogelijkheden/beperkingen indien er ook melding wordt gedaan voor dagbesteding <input type="checkbox"/> Kopie beschikking wettelijk vertegenwoordiger <input type="checkbox"/> Kopie huidige indicatie <input type="checkbox"/> Kopie rechtbank justitiële maatregel <input type="checkbox"/> PGB-plan

AKKOORDVERKLARING

Bij het indienen van dit meldingsformulier en de bijlagen verklaart u dat het formulier naar waarheid is ingevuld, de cliënt op de hoogte is gesteld van de melding en de cliënt toestemming heeft verleend.

Datum	
Naam	
Handtekening	