



**GGD/Openbare (Geestelijke)
Gezondheidszorg**

Aanvraagformulier CCP

In te vullen door de CCP

Datum ontvangst	
Registratienummer	

Cliëntgegevens

In te vullen door verwijzer samen met cliënt

Uw persoonlijke gegevens			
Achternaam (bij vrouwen)		tussenvoegsel:	
meisjesnaam of geboortenaam			
Roepnaam + voorletters		Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> vrouw
BSN nummer (negen cijfers)		BSN check: ja/nee	
Nr. id bewijs		Geldig tot:	
Geboortedatum		Geboorteplaats/-land	
Legitimatie + Nationaliteit		nationaliteit	
Geboorteplaats/-land vader		nationaliteit vader	
Geboorteplaats/-land moeder		nationaliteit moeder	
Burgerlijke staat	<input type="checkbox"/> ongehuwd	<input type="checkbox"/> gehuwd	<input type="checkbox"/> weduwe/weduwenaar
	<input type="checkbox"/> gescheiden	<input type="checkbox"/> partnerschap	

Woon- / verblijfsadres			
Adres		Huisnummer:	Toevoeging:
Postcode		Plaats:	
Telefoonnummer		Mobiele telefoon:	
E-mail			
(Laatste)verblijfplaats/vindplaats	<input type="checkbox"/> Gemeente Den Haag <input type="checkbox"/> Regio Den Haag <input type="checkbox"/> Provincie Zuid-Holland	<input type="checkbox"/> Nederland elders <input type="checkbox"/> Buitenland	
Indien u zwervend bent, waar verblijft u regelmatig?		(wijk-/straatnaam):	

Postadres en contactpersoon			
Adres		Huisnummer:	Toevoeging:
Postcode		Plaats:	
<i>Eventueel contactpersoon</i>			
Achternaam		Voorletters	
Telefoonnummer		Mobiele telefoon:	
Relatie tot u			

Aanvullende informatie		
Verblijfstatus	<input type="checkbox"/> niet van toepassing <input type="checkbox"/> verblijfsvergunning onbepaalde tijd <input type="checkbox"/> verblijfsvergunning bepaalde tijd	<input type="checkbox"/> afhankelijke verblijfsvergunning <input type="checkbox"/> verblijfsvergunning afgewezen <input type="checkbox"/> illegaal
<i>Beheerst u de Nederlandse taal voldoende om met een hulp- of zorgverlener te communiceren?</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		
<i>In welke gemeente(n) stond u de afgelopen 1½ jaar ingeschreven?</i> <input type="checkbox"/> Gemeente Den Haag <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
<i>In welke gemeente(n) maakte u de afgelopen 1½ jaar gebruik van hulpverlening en voorzieningen?</i> <input type="checkbox"/> Gemeente Den Haag <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		

Contactpersonen

Gegevens van verwijzer / behandelaar			
Verwijzende instantie		Functie verwijzer:	
Achternaam verwijzer	Dhr./mw.	Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> vrouw
Voorletters		Tussenvoegsel:	
Adres		Huisnummer:	
Postcode		Plaats:	
Telefoonnummer		Mobiele telefoon:	
E-mail			

Uw huisarts			
Heeft u een huisarts?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, vul onderstaande gegevens in:	
Achternaam	Dhr./Mw.		
Adres		Huisnummer:	
Postcode		Plaats:	
Telefoonnummer			

Uw zorgverzekeraar	
Staat u ingeschreven bij een zorgverzekeraar?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, Naam verzekeraar: Polisnummer:

Uw situatie en probleeminventarisatie

Huisvesting

Waar heeft u de afgelopen 30 nachten geslapen? (huidige woonsituatie)

- Eigen zelfstandige woonruimte (woning/kamer)
- Permanent inwonend bij familie/vrienden
- (Semi) permanente woonvoorziening voor daklozen
- In een instelling verstandelijk gehandicaptenzorg
- In een instelling Geestelijke Gezondheidszorg
- In een instelling verslavingszorg
- Geen vast onderdak: tijdelijk inwonend bij familie, vrienden etc
- Geen vast onderdak: in de nachtopvang
- Geen vast onderdak: buiten / op straat
- Anders, namelijk:

Bent u dakloos?		Nee/ Ja	
- Wat was de <u>directe</u> reden van uw meest recente dakloosheid?			
1 <input type="checkbox"/> uithuiszetting door verhuurder	4 <input type="checkbox"/> beëindiging van verblijf in detentie		
2 <input type="checkbox"/> uithuiszetting door huisgenoten	5 <input type="checkbox"/> vrijwillige beëindiging huurcontract		
3 <input type="checkbox"/> beëindiging van verblijf in zorginstelling	6 <input type="checkbox"/> anders, namelijk		
- Was er <u>minder dan 30 dagen</u> geleden sprake van:			
1 <input type="checkbox"/> uithuiszetting	3 <input type="checkbox"/> beëindiging verblijf detentie		
2 <input type="checkbox"/> beëindiging behandeling zorginstelling	4 <input type="checkbox"/> niet van toepassing		
Ad 1 Uithuiszetting door verhuurder		Datum uithuiszetting: <input type="text"/>	
reden voor uithuiszetting	<input type="checkbox"/> huurachterstand	<input type="checkbox"/> overlast	<input type="checkbox"/> anders:
<input type="text"/>			
Ad 3 Beëindiging van verblijf in een zorginstelling		Datum ontslag <input type="text"/>	
soort zorginstelling	<input type="checkbox"/> MO	<input type="checkbox"/> GGZ	<input type="checkbox"/> VZ
			<input type="checkbox"/> VGZ
Ad 4 Beëindiging van verblijf in detentie		Datum ontslag <input type="text"/>	
Onderstaande vraag alleen invullen indien u dakloos ¹ bent geweest.			
Wanneer is de laatste periode van dakloosheid begonnen?		<input type="text"/>	

Wat is uw leefsituatie?

Alleenstaand

Met partner zonder kinderen

¹ Met dakloos bedoelen we dat men meerdere dagen achter elkaar op de volgende plekken slaapt: buiten in de open lucht of in overdekte ruimtes zoals portieken, stations, winkelcentra enz, binnen in de nachtopvang of passantenverblijven, binnen bij vrienden, kennissen of familie zonder vooruitzicht op een slaapplek voor de daarop volgende nacht.

	<input type="checkbox"/> Zonder partner met kinderen <input type="checkbox"/> Met anderen <input type="checkbox"/> Met partner met kinderen
Wordt een kind of worden kinderen Mede aangemeld?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, vul onderstaande gegevens in

Naam en geboortedatum kinderen (indien mede aangemeld)

Naam:

Geboortedatum:

Zoon of dochter:

Kind 1

zoon dochter

Kind 2

zoon dochter

Kind 3

zoon dochter

Wordt uw partner mede aangemeld?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, vul onderstaande gegevens in
----------------------------------	---

Achternaam partner

Tussenvoegsel:

Voorletters partner

Geslacht: Man Vrouw

Geboortedatum partner

! Uw partner dient zelf een aanvraagformulier in te vullen samen met een verwijzer

Heeft u hulp / ondersteuning nodig op het gebied van huisvesting?	
<input type="checkbox"/> nee	
<input type="checkbox"/> ja, u wenst begeleiding in verband met:	<input type="checkbox"/> huurachterstand <input type="checkbox"/> administratief <input type="checkbox"/> dreigende uithuiszetting <input type="checkbox"/> hygiëne <input type="checkbox"/> overlastproblemen <input type="checkbox"/> hulp bij zoeken huisvesting <input type="checkbox"/> woningvervuiling
Bent u ingeschreven bij een woningcorporatie als woningzoekende?	
<input type="checkbox"/> nee	
<input type="checkbox"/> ja, namelijk sinds... /... /	
Woonpasnummer	■

Uw financiële situatie				
<i>Inkomstenbron (bijvoorbeeld soort uitkering)</i>				
<input type="checkbox"/> geen inkomsten <input type="checkbox"/> Loon, wit werk (loondienst, uitzendbureau) <input type="checkbox"/> Werkvoorziening voor dak- en thuislozen <input type="checkbox"/> Uitkering ziekte, arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, pensionering <input type="checkbox"/> Uitkering in aanvraag <input type="checkbox"/> Bijstandsuitkering / daklozenuitkering <input type="checkbox"/> Illegale inkomsten <input type="checkbox"/> Prostitutie <input type="checkbox"/> SVB <input type="checkbox"/> Overige inkomsten (alimentatie, geld van ouders/ partner, studiefinanciering, kinderbijslag) <input type="checkbox"/> Andere inkomsten, namelijk				
<i>Wat is de hoogte van uw netto inkomen?</i>	€	per maand		
<i>Heeft u schulden?</i>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> Ja			
<i>Zo ja, waar heeft u schulden?</i>	<input type="checkbox"/> Belastingdienst <input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Kredietbank <input type="checkbox"/> Woningcorporatie <input type="checkbox"/> Postorderbedrijf <input type="checkbox"/> Sociale dienst	<input type="checkbox"/> Ziektekosten verzekering <input type="checkbox"/> Verzekeringsmaatschappij <input type="checkbox"/> CJIB <input type="checkbox"/> Overige schuldeisers: <input type="checkbox"/> Onbekend		
<i>Hoogte totale schuld</i>	€			
<i>Heeft u betalingsregelingen getroffen?</i>	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, kruis aan: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Kredietbank <input type="checkbox"/> Woningcorporatie <input type="checkbox"/> Belastingdienst <input type="checkbox"/> Postorderbedrijf </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Sociale Dienst <input type="checkbox"/> Ziektekosten verzekering <input type="checkbox"/> Verzekeringsmaatschappij <input type="checkbox"/> CJIB <input type="checkbox"/> overige schuldeisers nl.: </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Kredietbank <input type="checkbox"/> Woningcorporatie <input type="checkbox"/> Belastingdienst <input type="checkbox"/> Postorderbedrijf	<input type="checkbox"/> Sociale Dienst <input type="checkbox"/> Ziektekosten verzekering <input type="checkbox"/> Verzekeringsmaatschappij <input type="checkbox"/> CJIB <input type="checkbox"/> overige schuldeisers nl.:
<input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Kredietbank <input type="checkbox"/> Woningcorporatie <input type="checkbox"/> Belastingdienst <input type="checkbox"/> Postorderbedrijf	<input type="checkbox"/> Sociale Dienst <input type="checkbox"/> Ziektekosten verzekering <input type="checkbox"/> Verzekeringsmaatschappij <input type="checkbox"/> CJIB <input type="checkbox"/> overige schuldeisers nl.:			
<i>Heeft u hulp / ondersteuning nodig op het gebied van financiën?</i>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, u wenst ondersteuning bij: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> aanvragen van een inkomen <input type="checkbox"/> budgetteren <input type="checkbox"/> inkomensbeheer </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> schuldbemiddeling <input type="checkbox"/> anders namelijk: </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> aanvragen van een inkomen <input type="checkbox"/> budgetteren <input type="checkbox"/> inkomensbeheer	<input type="checkbox"/> schuldbemiddeling <input type="checkbox"/> anders namelijk:
<input type="checkbox"/> aanvragen van een inkomen <input type="checkbox"/> budgetteren <input type="checkbox"/> inkomensbeheer	<input type="checkbox"/> schuldbemiddeling <input type="checkbox"/> anders namelijk:			

Bijzondere juridische status

Heeft u een bijzondere juridische status?

 Nee Ja, kruis hieronder aan Rechterlijke machtiging (RM) Onder curatele stelling Voorlopige / voortgezette machtiging In bewaringstelling (IBS) Machtiging op eigen verzoek Zaakwaarneming Machtiging met voorw. Ontslag Toezicht reclassering Observatiemachtiging TBS Bewindvoering ISD maatregel Mentorschap Anders namelijk**Wettelijke vertegenwoordiger**

Heeft u een wettelijke vertegenwoordiger?

 Nee Ja, vul onderstaande gegevens in

Achternaam	Dhr./Mw.		Tussenvoegsel:	
Voorletters	Relatie tot vrager:			
Adres				Huisnummer:
Postcode		Plaats:		
Telefoon	Mobiele telefoon:			
E-mailadres				

Contact met politie / justitie		
Heeft u de afgelopen 5 jaar contact gehad met politie en/of justitie?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, <i>vul onderstaande gegevens in</i>	<input type="checkbox"/> Veelpleger
Reden(en) of aanleiding(en)		
Naam reclasseringsambtenaar (evt.)		
Lopende zaken die van invloed kunnen zijn op het zorgaanbod (bijv. openstaande straffen)		
Indien u gedetineerd bent, datum in vrijheidstelling	(00/00/0000)	
Wordt uw veiligheid bedreigd?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, uw veiligheid wordt bedreigd door, <i>kruis aan</i> <input type="checkbox"/> stalking <input type="checkbox"/> bedreiging met geweld <input type="checkbox"/> anders namelijk	
<i>Geef toelichting</i>		
Zijn er extra aanpassingen nodig in verband met uw veiligheid of de veiligheid van anderen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, het volgende is nodig, kruis aan: <input type="checkbox"/> geheim adres <input type="checkbox"/> toezicht <input type="checkbox"/> behandeling (bv agressieregulatie, delictpreventie) <input type="checkbox"/> anders namelijk	
Heeft u hulp of ondersteuning nodig op het gebied van veiligheid of justitie?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk:	

Lichamelijk functioneren	
<i>Heeft u gezondheidsklachten?</i>	<input type="checkbox"/> nee
	<input type="checkbox"/> ja, kruis aan <input type="checkbox"/> algemene gezondheidsklachten
	<input type="checkbox"/> chronische ziekte
	<input type="checkbox"/> lichamelijke handicap
	Geef toelichting:
<i>Bent u onder behandeling van een arts of specialist</i>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk:
<i>Gebruikt u medicatie in verband met lichamelijke klachten?</i>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk:
<i>Heeft u aanpassingen, extra zorg of toezicht nodig vanwege lichamelijke klachten?</i>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, u heeft nodig, kruis aan: <input type="checkbox"/> verpleging <input type="checkbox"/> hulp bij gebruik medicatie <input type="checkbox"/> aanpassingen in verband met rolstoelgebruik <input type="checkbox"/> anders namelijk:

Psychisch functioneren				
Heeft u psychische klachten (gehad)?		<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, u heeft, <i>kruis aan</i> : <input type="checkbox"/> psychische klachten <input type="checkbox"/> psychiatrische klachten		
		Geef toelichting:		
Bent u in behandeling van de Geestelijke GezondheidsZorg		<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk bij:		
		Behandelaar:		
		Telefoonnummer:		
		Behandelperiode:		
		Therapietrouw?:		
Is er een crisis-/signaleringsplan?		<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, bij welke instelling:		
Gebruikt u medicatie vanwege psychische klachten?		<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk:		
Wie beheert uw medicatie?		<input type="checkbox"/> zelfbeheer <input type="checkbox"/> depot <input type="checkbox"/> onder begeleiding <input type="checkbox"/> anders namelijk		
Hoe uiten zich (of hebben zich geuit) de belemmeringen t.g.v. de psychische gemoedstoestand in het dagelijks functioneren? (bijv. veel op bed liggen, geen werk aankunnen etc.)				
Is er sprake van?	<input type="checkbox"/> zelfzorg	<input type="checkbox"/> agressie	<input type="checkbox"/> inzicht ziekte	<input type="checkbox"/> ziektebesef
Heeft u hulp of zorg nodig in verband met psychische klachten?				
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, u heeft de volgende hulp / zorg nodig, kruis aan: <input type="checkbox"/> ambulante behandeling GGZ <input type="checkbox"/> algemene ondersteunende gesprekken <input type="checkbox"/> intramurale behandeling GGZ <input type="checkbox"/> beheer medicatie <input type="checkbox"/> anders namelijk				

Verslaving				
Welke middelen gebruikt u?		<input type="checkbox"/> geen gebruik van middelen		
		<input type="checkbox"/> alcohol <input type="checkbox"/> hasj, weed <input type="checkbox"/> xtc <input type="checkbox"/> speed <input type="checkbox"/> cocaïne	<input type="checkbox"/> heroïne <input type="checkbox"/> methadon <input type="checkbox"/> slaap- en kalmeringsmiddelen <input type="checkbox"/> anders namelijk	
In welke mate gebruikt u het middel dat het meest op de voorgrond staat?				
<input type="checkbox"/> experimenteel gebruik		<input type="checkbox"/> riskant gebruik		<input type="checkbox"/> verslaafd
<input type="checkbox"/> gebruik zonder klachten		<input type="checkbox"/> riskant gebruik met klachten		<input type="checkbox"/> chronisch verslaafd
Hoe vaak gebruikt u dit middel?		<input type="checkbox"/> dagelijks	<input type="checkbox"/> in het weekend	<input type="checkbox"/> wekelijks
Sinds wanneer gebruikt u dit middel?	 (dag-mnd-jaar)		
Wat is het gedrag bij gebruik van dit middel?				
Bent u in behandeling of toezicht van de verslavingszorg?				
<input type="checkbox"/> nee				
<input type="checkbox"/> ja, namelijk bij		Instelling:		
		Sinds:		
		Behandelafdeling.:		
		Behandelaar:		
		Soort behandeling:		
		<input type="checkbox"/> ambulante behandeling <input type="checkbox"/> detox <input type="checkbox"/> klinische vervolgbehandeling		
Gokt u?		<input type="checkbox"/> nee		
		<input type="checkbox"/> ja	Is er sprake van een gokverslaving?	<input type="checkbox"/> nee
				<input type="checkbox"/> ja

<i>Is bij u in het verleden sprake geweest van verslavingsproblematiek?</i>	
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja,	soort verslaving:
	hoe vaak:
	hoe veel:
	periode:
<i>Bent u in het verleden in behandeling geweest bij de verslavingszorg?</i>	
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk bij	Instelling:
	Behandelaar:
	Behandelperiode:
	Verloop behandeling: (geef toelichting)
<i>Heeft u (nog) hulp nodig in verband met Verslavingsproblemen?</i>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk

Dagelijkse activiteiten en functioneren				
<i>Wat is uw hoogst genoten opleiding?</i>	<input type="checkbox"/> géén <input type="checkbox"/> Speciaal onderwijs <input type="checkbox"/> Lager onderwijs <input type="checkbox"/> LBO <input type="checkbox"/> MAVO, MULO, IVO, VMBO	<input type="checkbox"/> MBO <input type="checkbox"/> HAVO, MMS <input type="checkbox"/> HBO <input type="checkbox"/> VWO <input type="checkbox"/> WO (Universiteit)		
<i>Heeft u een daginvulling?</i>				
<input type="checkbox"/> nee				
<input type="checkbox"/> ja, namelijk;				
<input type="checkbox"/> Reguliere betaalde baan <input type="checkbox"/> Betaalde baan in de sociale werkvoorziening <input type="checkbox"/> Baan i.h.k.v. arbeidsintegratie-traject <input type="checkbox"/> Werkervaringsplaats <input type="checkbox"/> Vrijwilligerswerk, meer van 16 uur per week	<input type="checkbox"/> Opleiding / studie <input type="checkbox"/> Dagactiviteitencentrum <input type="checkbox"/> Dagbesteding in een intramurale instelling <input type="checkbox"/> Zorg voor anderen (zoals kinderen) <input type="checkbox"/> Anders namelijk			
<i>Wat is passende daginvulling voor u?</i>				
<i>Over welke vaardigheden beschikt u die daarbij inzetbaar zijn?</i>				
<i>Heeft u ondersteuning / hulp nodig op het gebied van dagelijks(e) activiteiten en/of dagelijks functioneren?</i>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, u wenst hulp / ondersteuning op het gebied van <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/> het vinden van een Daginvulling <input type="checkbox"/> huishoudelijke taken <input type="checkbox"/> koken <input type="checkbox"/> lezen en schrijven <input type="checkbox"/> administratie </td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> het vasthouden van een daginvulling <input type="checkbox"/> invullen formulieren <input type="checkbox"/> beheersing Nederlandse taal <input type="checkbox"/> anders, namelijk: </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> het vinden van een Daginvulling <input type="checkbox"/> huishoudelijke taken <input type="checkbox"/> koken <input type="checkbox"/> lezen en schrijven <input type="checkbox"/> administratie	<input type="checkbox"/> het vasthouden van een daginvulling <input type="checkbox"/> invullen formulieren <input type="checkbox"/> beheersing Nederlandse taal <input type="checkbox"/> anders, namelijk:	
<input type="checkbox"/> het vinden van een Daginvulling <input type="checkbox"/> huishoudelijke taken <input type="checkbox"/> koken <input type="checkbox"/> lezen en schrijven <input type="checkbox"/> administratie	<input type="checkbox"/> het vasthouden van een daginvulling <input type="checkbox"/> invullen formulieren <input type="checkbox"/> beheersing Nederlandse taal <input type="checkbox"/> anders, namelijk:			
Relaties en sociale vaardigheden				
<i>Heeft u ondersteunende sociale contacten?</i>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk:			
<i>Heeft u ondersteuning nodig m.b.t. sociale contacten?</i>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja namelijk: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/> opbouwen en vasthouden van een sociaal netwerk <input type="checkbox"/> omgaan met instanties </td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> omgaan met conflicten <input type="checkbox"/> opvoeding van kind(eren) <input type="checkbox"/> anders namelijk: </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> opbouwen en vasthouden van een sociaal netwerk <input type="checkbox"/> omgaan met instanties	<input type="checkbox"/> omgaan met conflicten <input type="checkbox"/> opvoeding van kind(eren) <input type="checkbox"/> anders namelijk:
<input type="checkbox"/> opbouwen en vasthouden van een sociaal netwerk <input type="checkbox"/> omgaan met instanties	<input type="checkbox"/> omgaan met conflicten <input type="checkbox"/> opvoeding van kind(eren) <input type="checkbox"/> anders namelijk:			

Hulp en / of zorgvraag

Uw vraag																
Wat is uw vraag?																
Welke zorg of voorzieningen heeft u nodig?																
<p>Hulp nodig op de volgende leefgebieden:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> huisvesting</td> <td><input type="checkbox"/> psychisch functioneren</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> financiën</td> <td><input type="checkbox"/> verslaving</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> juridisch</td> <td><input type="checkbox"/> sociaal functioneren</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> lichamenlijk functioneren</td> <td><input type="checkbox"/> algemeen dagelijkse activiteiten</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> huisvesting	<input type="checkbox"/> psychisch functioneren	<input type="checkbox"/> financiën	<input type="checkbox"/> verslaving	<input type="checkbox"/> juridisch	<input type="checkbox"/> sociaal functioneren	<input type="checkbox"/> lichamenlijk functioneren	<input type="checkbox"/> algemeen dagelijkse activiteiten							
<input type="checkbox"/> huisvesting	<input type="checkbox"/> psychisch functioneren															
<input type="checkbox"/> financiën	<input type="checkbox"/> verslaving															
<input type="checkbox"/> juridisch	<input type="checkbox"/> sociaal functioneren															
<input type="checkbox"/> lichamenlijk functioneren	<input type="checkbox"/> algemeen dagelijkse activiteiten															
<p>Heeft u nu al enige vorm van hulp of zorg?²</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, kruis aan:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Passantenverblijf/soepbus</td> <td><input type="checkbox"/> GGD OGZ</td> <td><input type="checkbox"/> Bureau Jeugdzorg</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dienstencentra GLD</td> <td><input type="checkbox"/> MEE</td> <td><input type="checkbox"/> REACT</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gebruikersruimte</td> <td><input type="checkbox"/> Parnassia GGZ</td> <td><input type="checkbox"/> Algemeen maatschappelijk werk</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kredietbank</td> <td><input type="checkbox"/> Parnassia VZ</td> <td><input type="checkbox"/> Straatadvocaten/-pastoraat</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reclassering</td> <td><input type="checkbox"/> Parnassia TOP team</td> <td><input type="checkbox"/> Anders namelijk</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Passantenverblijf/soepbus	<input type="checkbox"/> GGD OGZ	<input type="checkbox"/> Bureau Jeugdzorg	<input type="checkbox"/> Dienstencentra GLD	<input type="checkbox"/> MEE	<input type="checkbox"/> REACT	<input type="checkbox"/> Gebruikersruimte	<input type="checkbox"/> Parnassia GGZ	<input type="checkbox"/> Algemeen maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/> Kredietbank	<input type="checkbox"/> Parnassia VZ	<input type="checkbox"/> Straatadvocaten/-pastoraat	<input type="checkbox"/> Reclassering	<input type="checkbox"/> Parnassia TOP team	<input type="checkbox"/> Anders namelijk
<input type="checkbox"/> Passantenverblijf/soepbus	<input type="checkbox"/> GGD OGZ	<input type="checkbox"/> Bureau Jeugdzorg														
<input type="checkbox"/> Dienstencentra GLD	<input type="checkbox"/> MEE	<input type="checkbox"/> REACT														
<input type="checkbox"/> Gebruikersruimte	<input type="checkbox"/> Parnassia GGZ	<input type="checkbox"/> Algemeen maatschappelijk werk														
<input type="checkbox"/> Kredietbank	<input type="checkbox"/> Parnassia VZ	<input type="checkbox"/> Straatadvocaten/-pastoraat														
<input type="checkbox"/> Reclassering	<input type="checkbox"/> Parnassia TOP team	<input type="checkbox"/> Anders namelijk														
Heeft u een AWBZ- indicatie?	<input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk voor de functie(s)															
Tot wanneer is de indicatie nog geldig?	Geldig tot:															
Wanneer wilt u dat de gevraagde hulp of zorg ingaat, wanneer heeft u de voorziening nodig?	00/00/0000															
Hoelang denkt u de gevraagde hulp of voorziening nodig te hebben?	<input type="checkbox"/> minder dan 3 maanden <input type="checkbox"/> meer dan drie maanden, maar korter dan één jaar <input type="checkbox"/> langer dan één jaar <input type="checkbox"/> onbekend															

² Dit kan zijn: zorg van uw familie of kennissen, particuliere hulp, maar ook van een officiële instelling voor bijv. thuiszorg

Heeft u een voorkeur voor een bepaald soort voorziening / zorg?

nee

ja, kruis aan

woonvoorziening of verblijfsvoorziening

(zorg en hulp gekoppeld aan wonen of verblijf in een voorziening)

ambulante zorg

(u beschikt over zelfstandige huisvesting of krijgt ambulante hulp of zorg vanuit een instelling)

Geef toelichting:

Heeft u een voorkeur voor een bepaalde instelling?

nee

ja, namelijk (Informatie over verschillende instellingen vindt u op: www.gezondheidenwelzijn-denhaag.nl)

Instelling 1^e voorkeur:

Instelling 2^e voorkeur:

Geef toelichting

Aanvullende informatie:

Heeft cliënt meegedaan aan een ander MO traject:

- Cheops
- Hygiënische problematiek
- Voorkoming huisuitzettingen
- HST
- Zwerfjongeren

Is een waarschuwing nodig ter bescherming van MO medewerkers

- Ja
- Nee

Indien ja, waarom:

Visie verwijzer / behandelaar											
<p><i>Is er volgens u een grondslag voor een AWBZ indicatie?</i></p> <p><input type="checkbox"/> nee</p> <p><input type="checkbox"/> ja, kruis aan</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> Psychiatrisch probleem <input type="checkbox"/> Ernstig psychosociaal probleem <input type="checkbox"/> Somatisch probleem <input type="checkbox"/> Verslavingsprobleem <input type="checkbox"/> Cognitief probleem, verstandelijke beperking <input type="checkbox"/> Anders namelijk </p>											
<p><i>Is er een diagnose gesteld door een behandelaar?</i></p> <p><input type="checkbox"/> nee</p> <p><input type="checkbox"/> ja, vul onderstaande gegevens in</p> <p>Aard psychische stoornis (<i>maak gebruik van de termen uit DSM IV</i>)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> As I / code en beschrijving</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> As II / code en beschrijving</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> As III / code en beschrijving</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> As IV / code en beschrijving</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> As V / code en beschrijving</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> As I / code en beschrijving		<input type="checkbox"/> As II / code en beschrijving		<input type="checkbox"/> As III / code en beschrijving		<input type="checkbox"/> As IV / code en beschrijving		<input type="checkbox"/> As V / code en beschrijving	
<input type="checkbox"/> As I / code en beschrijving											
<input type="checkbox"/> As II / code en beschrijving											
<input type="checkbox"/> As III / code en beschrijving											
<input type="checkbox"/> As IV / code en beschrijving											
<input type="checkbox"/> As V / code en beschrijving											
<p><i>Is sprake van zorgmijding of zorgweigerig?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, geef een toelichting</p>										
<p><i>Verwachte ontwikkeling t.a.v. de ziekte of aandoening</i></p> <p><input type="checkbox"/> niet van toepassing</p> <p><input type="checkbox"/> (a) uitzicht op volledig herstel binnen een jaar</p> <p><input type="checkbox"/> (b) uitzicht op gedeeltelijk herstel / verbetering binnen jaar</p> <p><input type="checkbox"/> (c) de gezondheidstoestand blijft hetzelfde</p> <p><input type="checkbox"/> (d) er wordt een verslechtering verwacht binnen een jaar</p> <p><input type="checkbox"/> (e) onbekend: prognose niet beschikbaar of niet mogelijk</p>											
<p><i>Welke hulp / zorg heeft de cliënt volgens u nodig?</i></p> <p><i>Geef toelichting (AWBZ nodig? Bijvoorbeeld ondersteunende of activerende begeleiding, verblijf, verpleging?)</i></p>											

³ Psychiater, psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige verbonden aan een behandelinstelling

Heeft u een voorkeur voor een bepaalde instelling?

nee

ja, namelijk (Informatie over verschillende instellingen vindt u op: www.gezondheidenwelzijn-denhaag.nl)

Instelling 1^e voorkeur:

Instelling 2^e voorkeur:

Geef toelichting

Achtergrond informatie

Voeg een aparte bijlage toe over de geschiedenis van de cliënt (e). Maak zoveel mogelijk gebruik van onderstaande onderwerpen voor zover deze van toepassing zijn.

- het gezin van herkomst en/of de opvoedings situatie,
- werkverleden,
- hulpverleningsgeschiedenis (opvang, maatschappelijk werk, psychiatrie, verslavingszorg.....)
- verloop van hulpverlening / behandeling

Het gaat hierbij vooral om omstandigheden en gebeurtenissen die in positieve of minder positieve zin van invloed zijn geweest op het huidige functioneren van de cliënt (e).

TOESTEMMINGSFORMULIER

Doel van het Centraal Coördinatiepunt is het vaststellen welke zorg en hulp u nodig heeft om uw situatie te verbeteren en u toe te leiden naar passende zorg vanuit instellingen in Den Haag. Om dit mogelijk te maken zijn de gegevens die worden opgevraagd in dit formulier noodzakelijk. Deze gegevens kunnen worden verstrekt door uzelf, maar ook worden verkregen via andere instanties. U heeft recht op wijziging van de gegevens te vragen.

IN HET KADER VAN DE GEVRAAGDE INDICATIE VERKLAAR IK HET FORMULIER NAAR WAARHEID TE HEBBEN INGEVULD EN HIERMEE TOESTEMMING TE GEVEN AAN HET CCP VOOR:

Het verstrekken van informatie ten behoeve van de aanmelding bij een woon- of verblijfvoorziening of ambulante zorg in Den Haag
Het bespreken en uitwisselen van mijn gegevens in het screeningsoverleg van de centrale toegang
Het bespreken en uitwisselen van mijn gegevens, over de voortgang van mijn traject tijdens mijn verblijf in de maatschappelijke opvang, ten behoeve van de cliëntvolgving
Het doorgeven van mijn gegevens aan de instelling die de aanmelding in behandeling neemt
Het doorgeven van mijn gegevens aan het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en het bespreken en uitwisselen van mijn gegevens door het CIZ tbv indicatiestelling voor AWBZ.
Het opslaan van mijn gegevens in een databank van de centrale toegang en het CIZ
Het opvragen van (medische) gegevens door de centrale toegang en het CIZ bij derden- waaronder diagnostische gegevens, testresultaten ed. bij een huisarts of behandelaar
Het gebruik maken van gegevens door personen en /of instellingen die mij hulp / zorg verlenen
Het doorgeven van mijn gegevens aan de instelling die (geïndiceerde) zorg gaat vertrekken
Het opvragen van mijn inkomen in verband met een eigen bijdrage
Het opvragen van inkomensgegevens bij Sociale Zaken

Ondergetekende verklaart hiermee dat de hier verstrekte gegevens zo volledig mogelijk zijn en naar waarheid zijn verstrekt. Voor het bepalen van zorg en hulp is het nodig om gegevens te bespreken en uit te wisselen met betrokken instanties. Cliënt(e) gaat akkoord met uitwisseling van deze gegevens en aanvullingen hierop.

Naam cliënt(e)

Datum:

Handtekening:

Indien de cliënt(e) deze toestemmingsverklaring niet wenst te ondertekenen of niet in de gelegenheid is te ondertekenen, dan graag de reden hieronder vermelden.

Reden :

Dit formulier ingevuld en ondertekend opsturen naar:

Dienst OCW (Onderwijs, Cultuur en Welzijn)
Sector VGZ (Volksgezondheid en Zorg)
Produktgroep O(G)GZ (Openbare (Geestelijke) Gezondheidszorg)
Afdeling Regie en Uitvoering CCP (Centraal Coördinatie Punt)
Postbus 12 652
2500 DP Den Haag

Locatie: Th. 221