

# Aanmeldingsformulier

In dienst van mensen met een beperking

## Persoonlijke gegevens

Achternaam			
Tussenvoegsel			
Voorna(a)m(en)			
Roepnaam			
Geboortedatum		Geboorteplaats	
Straatnaam		Huisnummer	
Postcode		Woonplaats	
Telefoonnummer		Mobiel nummer	
Emailadres			
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw *		
Nationaliteit			
Burgerlijke staat	<input type="checkbox"/> Ongehuwd <input type="checkbox"/> Gehuwd <input type="checkbox"/> Geregistreerd partnerschap <input type="checkbox"/> Weduwnaar <input type="checkbox"/> Weduwe *		
Leefvorm	<input type="checkbox"/> Alleenstaand <input type="checkbox"/> Gezin <input type="checkbox"/> Woongroep * Anders:		
Spreektaal			
Tolk nodig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Verblijfstatus	<input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Tijdelijk <input type="checkbox"/> Gedoog * Anders:		
BSNummer (=sofinummer)			
Identiteitsbewijs	<input type="checkbox"/> Paspoort <input type="checkbox"/> ID-kaart * Nummer:		

\* Aankruisen wat van toepassing is

## Gegevens partner (indien van toepassing)

Achternaam	
Tussenvoegsel	
Voorna(a)m(en)	
Geboortedatum	

## Huisarts

Naam en voorletters	
Plaats	
Telefoonnummer	

## Ziektekostenverzekeraar

Naam	
Polisnummer	
Aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee *

Aanbieder van voorkeur	<input type="checkbox"/> Amarant * Anders:
Financiering	<input type="checkbox"/> ZIN <input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> Ziektekostenverzekering * Anders:

### Aanmelder

Naam en voorletters	
Instelling	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en plaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	
Relatie tot zorgvrager	

### 1<sup>e</sup> contactpersoon

Naam en voorletters	
Instelling	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en plaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	
Relatie tot zorgvrager	

### 2<sup>e</sup> contactpersoon

Naam en voorletters	
Instelling	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en plaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	
Relatie tot zorgvrager	

### Wettelijk vertegenwoordiger

Naam en voorletters	
Instelling	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en plaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	
Relatie tot zorgvrager	
Gezag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee *

### Rechtspositie cliënt

Heeft de cliënt een curator?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee *
Zo ja, naam curator	
Straatnaam en huisnummer	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	

Heeft de cliënt een bewindvoerder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee *
Zo ja, naam bewindvoerder	
Straatnaam en huisnummer	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	

Heeft de cliënt een mentor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee *
Zo ja, naam mentor	
Straatnaam en huisnummer	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	

**Indien cliënt minderjarig is**

Staat de cliënt onder gezag van beide ouders?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee *
Eventueel 2 <sup>e</sup> ouderadres	
Straatnaam en huisnummer	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	

**Indien cliënt niet onder gezag van ouders valt**

Wat is dan de status van de gezaghebber	<input type="checkbox"/> OTS <input type="checkbox"/> voogd
Straatnaam en huisnummer	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	

Kiest de cliënt vrijwillig voor opname/zorg	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee *
---------------------------------------------	------------------------------------------------------------

**Juridische status**

**Indien cliënt 12 jaar of ouder is en voorgaande niet van toepassing, dient er voorafgaande aan de opname een BOPZ-verklaring aanwezig te zijn.**

BOPZ-verklaring art. 60 nodig ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee *
Rechtelijke Machtiging (RM) aanwezig ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee zo ja, geldig tot
In Bewaring stelling (IBS) aanwezig ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee zo ja, geldig tot

**Gewenste ondersteuning**

<input type="checkbox"/> Wonen	<input type="checkbox"/> Kinderdagcentrum <input type="checkbox"/> Buitenschoolse begeleiding
<input type="checkbox"/> Dagbesteding / werk	<input type="checkbox"/> Logeren
<input type="checkbox"/> Ambulante ondersteuning	<input type="checkbox"/> Behandeling* <input type="checkbox"/> Training/therapie*
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk	

**\* Indien behandeling, training, therapie van toepassing is, vul a.u.b. aanmeldformulier behandeling, training, therapie in (zie blz. 5)**

Hulpvraag in het kort
-----------------------

**Waar wilt u de gewenste ondersteuning ontvangen**

<input type="checkbox"/> Omgeving Eindhoven/ Zuidoost Brabant	<input type="checkbox"/> Omgeving Tilburg/ Midden Brabant
<input type="checkbox"/> Omgeving Breda Roosendaal	<input type="checkbox"/> Omgeving DenBosch/Noordoost Brabant

**Financieringsvorm/Indicatie / verwijsbrief**

Heeft u een geldige indicatie (van bijv. CIZ, Bureau Jeugdzorg, WMO)?	<input type="checkbox"/> Ja, geldig tot (datum) .....ZIN / PGB <input type="checkbox"/> Nee
Zo nee, heeft u een indicatie aangevraagd?	<input type="checkbox"/> Ja, datum aanvraag..... <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een verwijsbrief van de (huis)arts voor poliklinische ondersteuning? Zo ja, Ziektekostenverzekering (ZVW)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Polisnummer: ..... Verzekeraar: .....
Betaling zorg uit particuliere middelen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Amarant beoordeelt aanmeldingen in eerste instantie op basis van schriftelijk informatie.

**Graag ontvangen wij hiervoor in ieder geval:**

- uitgebreide hulpvraag
- Hulpverleningsgeschiedenis
- Diagnostische gegevens / Psychologisch onderzoek met IQ-bepaling

**Indien aanwezig:**

- Zorg-/behandelplannen
- Leidraad MEE
- Rapportage school/werk
- Beschrijving van eventuele bijkomende problematiek
- Sociale netwerkkaart en overig relevante rapportage

**Indien van toepassing:**

- REC- beschikking
- Rapportage van de behandeling tot nu toe, het effect ervan en het advies voor vervolgsituatie
- Aanmelding bij andere zorgaanbieders

**Verplicht mee te sturen:**

Zonder onderstaande gegevens kan de aanmelding niet in behandeling genomen!

- Kopie geldig indicatiebesluit, tenzij Amarant de aanbieder van voorkeur is
- Kopie geldig identiteitsbewijs: ID-kaart of Paspoort (bij ID-kaart beide zijden kopiëren)
- Ingevulde en ondertekende akkoord verklaring (zie bijlage)
- BOPZ-verklaring (indien van toepassing)



In dienst van mensen met een beperking

## **Aanmeldingsformulier behandeling, training, therapie** (alleen invullen indien behandeling/training/therapie van toepassing is)

### **Reden van aanmelding**

Hulpvraag cliënt (vraagstelling rondom behandeling, training, diagnostiek, etc.):

### **Hulpvraag verwijzer:**

### **Hulpvraag andere betrokkenen:**

### **Heeft de cliënt al eerdere behandelingen doorgemaakt of trainingen gevolgd?**

### **Welk waren dit, hoe lang heeft de behandeling en/of training geduurd, is er reeds eerder onderzoek verricht?**

### **Aanvullende informatie die van belang is voor het verloop van de behandeling en/of training.**



In dienst van mensen met een beperking

# Verklaring

Ondergetekende .....

Geboortedatum.....

(naam cliënt / cliëntvertegenwoordiger)

Verklaart hierbij akkoord te gaan met de aanmelding voor zorg- en of dienstverlening bij Amarant en het verstrekken van de benodigde informatie.

Plaats:

Datum:

Handtekening cliënt / cliëntvertegenwoordiger \*

---

Indien de wettelijk vertegenwoordiger tekent:

Naam: .....

Adres: .....

Woonplaats: .....

Relatie: .....

**Retouradres (postzegel is niet nodig):  
Amarant  
t.a.v. Cliëntenservice  
Antwoordnummer 80  
5000 VB TILBURG**

**Cliëntenservice Amarant  
Tel. 013-4652150  
Fax:013-4677480**