

Aanmeldformulier Cliënten Amsta Karaad



**Algemene gegevens van de aanvrager**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam:** |  |
| **Adres, postcode en woonplaats:** |  |
| **Telefoonnummer:** |  |
| **E-mailadres:** |  |
| **Relatie tot ondersteuningsvrager:** |  |
| **Zorgvraag voor:** | Wonen Ambulante ondersteuning  Dagbesteding Behandeling / Diagnostiek |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam:** |  |
| **Roepnaam:** |  |
| **Adres, postcode en woonplaats:** |  |
| **Telefoonnummer:** |  |
| **E-mailadres:** |  |
| **Geslacht:** |  |
| **Geboortedatum:** |  |
| **Nationaliteit:** |  |
| **Burgerservicenummer:** |  |
| **Soort legitimatie:** |  |
| **Nummer legitimatie:** |  |

**Cliëntgegevens**

**Contactgegevens 1ste contactpersoon**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam:** |  |
| **Adres, postcode en woonplaats:** |  |
| **Telefoonnummer:** |  |
| **E-mailadres:** |  |
| **Relatie tot cliënt:** |  |

**Administratieve gegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam zorgverzekeraar:** |  |
| **Polis / relatienummer:** |  |
| **Naam huisarts:** |  |
| **Telefoonnummer huisarts:** |  |
| **Apotheek naam / nummer:** |  |
| **Juridische status:** | Geen Curatele Bewind voering Voogdij  Mentor Reclassering RM/ IBS Artikel 60 |

**Indicatie en financiering**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicatie aanwezig:** | Ja nee in aanvraag |
| **Zo ja, welke?** | WLZ (CIZ)  WMO (gemeente) Jeugdwet (gemeente) |
| **Financieringsvorm:** | ZIN PGB |

**Zorgvraag**

Beschrijf hier de reden van aanmelding en schets de huidige situatie.

**Om uw aanvraag goed te kunnen beoordelen willen wij u vragen om de volgende documenten mee te sturen met dit aanmeldformulier.**

1. Kopie van uw indicatiebesluit
2. Beeldvormingsdocumenten 🡪 denk hierbij aan een ondersteuningsplan of IQ test
3. Kopie beschikking juridische status

**Akkoordverklaring en ondertekening**

Om tot een goed advies te komen is het noodzakelijk dat uw gegevens ter inzage gegeven worden aan functionarissen die betrokken zijn bij de aanmelding. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Wilt u zo vriendelijk zijn om het bijgevoegde toestemmingsformulier te ondertekenen.

**U kunt zich aanmelden op de volgende manieren:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Per e-mail:**  U kunt de documenten mailen naar:  [csb@amsta.nl](mailto:csb@amsta.nl)  Voor vragen kunt u telefonisch contact opnemen via nummer 020-5890050 | **Per post:**  U kunt het aanmeldformulier opsturen naar:  CSB Amsta Karaad  Polderweg 2-4  1093 KM Amsterdam |





Toestemmingsformulier Cliënten Amsta Karaad

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam cliënt:** |  |
| **Geboortedatum (dd-mm-jj)** |  |
| **BSN nummer** |  |
| **Adres** |  |
| **Postcode / woonplaats** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Geeft hierbij** | Wel geen toestemming aan Amsta om gegevens op te vragen bij derden die passend zijn bij de hulpvraag van de cliënt en deze te bespreken. |
| **Geeft hierbij** | Wel geen toestemming aan de arts van Amsta om medische gegevens en medisch dossier op te vragen indien wenselijk. |
| **Geeft hierbij** | Wel geen toestemming aan Amsta om gegevens te delen met andere zorgaanbieders indien nodig. |
| **Datum (dd-mm-jj)** |  |
| **Handtekening verplicht invullen** |  |

**Indien van toepassing ondergetekende, ouder van / wettelijk vertegenwoordiger**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam:** |  |
| **Wettelijk vertegenwoordiger / ouder** |  |
| **Telefoonnummer:** |  |
| **Ondertekening** |  |

**Wanneer er sprake is van ondertekening door een wettelijk vertegenwoordiger moet een bewijs van wettelijke vertegenwoordiging - voorzien van de gegevens van de wettelijk vertegenwoordiger – aanwezig zijn.**