### **Melding**

|  |  |
| --- | --- |
| Jeugd of WMO |  |
| Reden melding |  |

### **Contactgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam  |  |
| Adres (1) |  |
| Telefoonnummer |  |
| Mailadres |  |
| Huisarts naam en telefoonnummer |  |

 *Indien van toepassing:*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam  |  |
| Adres (2) |  |
| Telefoonnummer |  |
| Mailadres |  |
| Huisarts naam en telefoonnummer |  |

**Gezinsleden**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Naam + voorletters* | *Geboortedatum* | *M/V* | *Telefoonnummer* | *Mailadres* | *Positie in gezin* | *Werk / PSZ / KDV / School* | *BSN* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

### **Wie zijn er belangrijk voor u? (buurvrouw, vriend, dochter etc.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Naam* | *Relatie tot het gezin*  | *Telefoon* | *Mailadres* | *Bereikbaar op* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Met welke hulpverleners heeft u contact?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Naam* | *Werkzaam bij* | *Telefoon* | *Mailadres* | *Bereikbaar op* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Gezinsdoelen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Wat gaat goed, waar ben je tevreden over?* *Wat zijn de krachten in uw gezin?* | *Waar zijn zorgen over? (van ouders, kinderen, familie, school, huisarts en anderen)* | *Wat is nodig zodat de zorgen verminderen en het weer beter gaat?* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Afsprakenlijst**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nr.* | *Datum* | *Wat wil je bereiken?* | *Hoe wil je dat bereiken?* | *Wie of wat is daarvoor nodig?* | *Op welke termijn kan het bereikt worden?*  | *Wat heeft gewerkt?* |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5.  |  |  |  |  |  |  |

**In te zetten interventies**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nr.* | *Datum* | *Interventie/organisatie* | *Te behalen resultaat* | *ZIN of PGB* | *Kosten* | *Wel/geen indicatie* |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5.  |  |  |  |  |  |  |

**Terugkoppeling**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Nr.* | *Datum* | *Actie (huisbezoek, telefonisch contact, etc.)* | *Beschrijving op hoofdlijnen* |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5.  |  |  |  |
| Afspraken over de samenwerking en onderlinge terugkoppeling/ inschakelen bij crisis: |
| Toelichting bij de gemaakte afspraken: |
| *Datum vervolgoverleg:* *Tijd:* *Locatie:*  |

### **Afsluiting Plan**

|  |  |
| --- | --- |
| *Datum afsluiting* |  |
| *Resultaat bij afsluiting* |  |
| *Afspraken bij afsluiting* |  |
| *Op wie kunnen gezinsleden terugvallen na afsluiting?* |  |

**AANVRAAG INDIVIDUELE VOORZIENING o.b.v. PLAN VAN AANPAK**

Wettelijk kader: WMO 2015/ Jeugdzorg 2015 \*

Verstrekkingsvorm: Zorg in Natura (ZIN) / Persoongebonden Budget (PgB) \*

**Cliëntgegevens:**

Naam + voornaam: m/v \*

Geboortedatum:

BSN:

Adres:

Postcode + woonplaats:

**Ouderbijdrage:**

Ouderbijdrage verschuldigd: ja / nee \*

Zo ja:

Naam ouderbijdrageplichtige: m/v \*

Adres:

Postcode + woonplaats:

BSN:

Geboortedatum:

**Inhoud aanvraag:**

In te zetten individuele voorziening:
(behandeling & hulp, begeleiding, jeugdzorgplus, pleegzorg, zeer gespecialiseerde functies)

Omschrijving hulpvraag:

Motivering voor hulpvraag:

Te beschikken productgroep(en):

Beoogd resultaat: staat benoemd in het plan van aanpak

Naam zorgaanbieder:

Ingangsdatum zorg (alleen invullen als zorg al is gestart):

Verwachte duur/verwachte einddatum zorg:

Vervoer is onderdeel van de individuele voorziening (alleen voor ZIN): ja / nee \*

Ouderbijdrage verschuldigd: ja / nee \*

Indien verstrekking in de vorm van een PgB: hoogte van het PgB € ………

(o.b.v. gecheckt en goedgekeurd en bijgevoegd plan van aanpak cliënt: benodigde ondersteuning, hulpverlener, verwachte kosten)

Datum aanvraag:

Handtekening ouder(s)/ verzorger(s): Handtekening jongere:

**Toestemmingsverklaring gegevensdeling**

Ondergetekende,

Naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Postcode \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Geboortedatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboorteplaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geeft hierbij toestemming aan de medewerkers van het Centrum voor Jeugd en Gezin of Mens op Maat, om informatie over hem of haar op te vragen.
Deze informatie wordt slechts gebruikt om samen met u een plan op te stellen om u verder te helpen en voor de voortgang van dit plan. Daartoe mogen gegevens worden gedeeld en opgevraagd bij:

* De organisaties die deel uit maken van het Centrum voor Jeugd en Gezin ( Vitras, GGD, MEE, Stichting MENS, Youké, Lijn5 en de

Opvoedpoli

* De organisaties die deel uit maken van het MENS op MAAT team

o Andere organisaties

Naam organisatie en hulpverlener: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam organisatie en hulpverlener: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Ik stem er ook mee in dat mijn huisarts geïnformeerd wordt, dat ik cliënt ben bij het Centrum voor Jeugd en Gezin of MENS op MAAT

Naam huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_