Personalien:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name / Vorname:** |  | | **E-Mail:** | |  | | |
| **Geb. Datum:** |  | | **Telefon:** | |  | | |
| **Adresse:** |  | | | | | | |
| **Sozialvers. -Nr.:** |  | **IV Rente:** | | | | | **ja  nein (\*)** |
| **Gesetzlicher Wohnsitz (PLZ,Ort):** | |  | **Eintrittsdatum:** | | | |  |
| **Nationalität:** |  | **Pensum bei Eintritt :** | | | | |  |
| **Wohnsituation bei Eintritt:** | |  | | | | | |
| **Tagesstruktur vor Eintritt:** | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Ges. Vertretung:** |  | | | | | | |
| **Tel. Nr:** |  | | **E-Mail:** | |  | | |
| **Kontaktperson:** |  | | | | | | |
| **Tel. Nr:** |  | | **E-Mail:** | |  | | |
|  | | | | | | | |
| **Zuweisende Stelle:** |  | | | | | | |
| **Tel. Nr:** |  | | | **E-Mail:** | |  | |
| **Kontaktperson:** |  | | | | | | |
| **Tel. Nr:** |  | | | **E-Mail:** | |  | |

**(\*) IV Rente, wenn Nein: Garant/in / Kostengutsprache wird geleistet durch:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Amt** |  | | |
| **Tel. Nr:** |  | **E-Mail:** |  |
| **Kontaktperson:** |  | | |
| **Tel. Nr:** |  | **E-Mail:** |  |

Allgemeine Daten:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **a) Gewünschte Teilnahmezeit / Wochenstruktur** (bitte ankreuzen) | | | | | | | | | | |
| **Bestimmte Tage:** | | | | | | | | | | |
|  | | **Montag:** | **Dienstag:** | | **Mittwoch:** | | **Donnerstag:** | | | **Freitag:** |
| **Morgens:** | |  |  | |  | |  | | |  |
| **Nachmittags:** | |  |  | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **b) Begründung für den Aufenthalt in der Tagesstätte Atelier:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **c) Ziele und Wünsche für den Aufenthalt:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **d) Kurzbeschreibung der aktuellen Situation / der Tagesstruktur:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **e) Besonderheiten zum Gesundheitszustand / Arbeiten in der Gruppe:**(Hinweise auf Einschränkungen) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **f) Bisherige Berufliche Tätigkeit / Handwerkliche oder kreative Fähigkeiten / Interessen:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Hinweis:** Dieser Abschnitt wird von der Bezugsperson Tagesstätte nach Eintritt der Klientin/des Klienten ausgefüllt**.** | | | | | | | | | | |
| **Eintrittsdatum:** | | | | **Datum des Auswertungsgesprächs:** | | | |  | | |
|  | | | | **Bezugsperson Tagesstätte:** | | | |  | | |
| **Vereinbarungen, erste Zielsetzungen:** | | | | | | | | | | |
| **Verfassende:** |  | | | | | **Ausgeführt am:** | | |  | |