

Dienststelle Schopfheim

Assistenz im Wohn- und Sozialraum
(AWS)
Hauptstr. 94
79650 Schopfheim

T +49 7622 69 75 96 16
aws.schopfheim@diakonie.ekiba.de

Selbstauskunft für die Anfrage Assistenzleistungen innerhalb des eigenen Wohnraums und des Sozialraums (AWS)

Liebe Interessent*innen,

vielen Dank, dass Sie sich für die Assistenzleistungen innerhalb des eigenen Wohnraums und des Sozialraums (AWS) interessieren.

Für eine Anfrage bei uns, bitten wir Sie, die folgende Selbstauskunft auszufüllen und uns zukommen zu lassen.

Per E-Mail an: aws.schopfheim@diakonie.ekiba.de

Per Post an: **Diakonisches Werk, Hauptstraße 94, 79650 Schopfheim**

Wie geht es nach Eingang Ihrer Anfrage weiter?

Nach Eingang und Prüfung ihrer Selbstauskunft wird sich ein*e Mitarbeiter*in, in der Regel telefonisch, schnellstmöglich bei Ihnen melden.

Ihr AWS- Team des Diakonischen Werkes

Diakonisches Werk der evangelischen Kirchenbezirke im Landkreis Lörrach

Nansenstraße 10
79539 Lörrach

T +49 7621 9263-0
info@diakonie-loerrach.de
www.diakonie-loerrach.de

Geschäftsführung:
Karin Racke

Vorsitzende des Aufsichtsrats:
Dekanin Bärbel Schäfer

Ordnungsnummer beim Finanzamt
Lörrach: 2811/000006302478

Bankverbindung:
Diakonisches Werk im Lkr. Lörrach
Evangelische Bank eG
IBAN DE71 5206 0410 0105 0204 33
BIC GENODEF1EK1

Persönliche Daten:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	

Anfrage für:**(Alle Formen sind im Rahmen des AWS)**

- Einzelwohnen (in Ihrer Wohnung)
- Apartment Wohnen

Wie ist Ihre aktuelle Wohnform:

- eigene Wohnung
- bei der Familie
- WG
- Teilstationäre / Stationäre Einrichtung (besondere Wohnform)
- andere Wohnform (ohne Obdach, Frauenhaus,...): _____

Sind Sie aktuell in der Klinik?

- Ja Nein

Wann war der letzte Klinikaufenthalt und wo?

Welche Diagnosen liegen vor? (Bitte den letzten Klinikbericht, wenn möglich, beilegen)

Name des/ der behandelnden Hausarztes/ Hausärztin:

Name des/ der behandelnden Psychiaters/ Psychiaterin:

Momentan befinden Sie sich in regelmäßiger psychiatrischer Behandlung:

Ja Nein

Gab es bereits Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst?

Ja Nein

Kostenklärung:

Haben Sie eine/n gesetzliche/n Betreuer/in oder wurde eine beantragt?

Ja

Bitte geben Sie die Kontaktdaten an (Name, Adresse, Telefonnummer):

Nein

Welche Leistungen beziehen Sie:

Grundsicherung

Wohngeld

Rente

Kindergeld

Pflegegeld

Bürgergeld

Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit

Sonstiges: _____

Die Eingliederungshilfe übernimmt in der Regel die Kosten der Assistenzleistung:

Gab es bereits Kontakt zur Eingliederungshilfe?

Nein, **nehmen Sie bitte Kontakt mit der Eingliederungshilfe auf.**

**(Zuständigkeit, wenn Sie im Landkreis Lörrach wohnen: 07621 410-5524 oder
eingliederungshilfe-sgb9@loerrach-landkreis.de)**

Ja, geben Sie bitte die Kontaktdaten Ihrer Ansprechperson bei der Eingliederungshilfe an:

Hilfebedarf:

Steht von der Eingliederungshilfe bereits eine Leistungsstufe fest?

Ja, welche Leistungsstufe? _____

Nein

Liegt ein Schwerbehinderten Ausweis vor?

Ja, Grad der Behinderung: _____ Merkzeichen: _____

Nein

Haben Sie einen Pflegegrad?

Nein Ja, Pflegegrad _____

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre aktuelle Situation, in welchen Bereichen benötigen Sie Unterstützung?

Sonstige wichtige Informationen:

Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden des Diakonischen Werkes Lörrach meine Daten **speichern** und für die Zwecke meiner Anfrage für Assistenzleistungen innerhalb des eigenen Wohnraums und Sozialraums **verarbeiten** dürfen.

Die Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverarbeitung statt. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen mit Wirkung für die Zukunft. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertretung)