

Wohnen Ecksberg für Menschen mit geistiger Behinderung (WEG) und Intensivgruppen

Herr Kammergruber

Tel.: 08631/617-220
Fax: 08631/617-219
E-Mail: josef.kammergruber@ecksberg.de

Wohnen Ecksberg für Menschen mit geistiger Behinderung (WEG) und Wohngemeinschaften

Frau Buchner

Tel.: 08631/617-266
Fax: 08631/617-166
E-Mail: lydia.buchner@ecksberg.de

Wohngemeinschaften Ramsau für Menschen mit geistiger Behinderung mit Förderstätte (WFR)

Frau Osl

Tel.: 08072/9175-10
Fax: 08072/9175-20
E-Mail: marianne.osl@ecksberg.de

Wohnen und ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung (WGP)

Frau Kurt

Tel.: 08631 166 267 - 0
Fax: 08631 166 267 - 9
E-Mail: birnaz.kurt@ecksberg.de

Wohnen und ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit erworbenen Schädel- Hirnverletzungen und körperlicher Behinderung (WEK)

Frau Schariri

Tel.: 08631/910461
Fax: 08631/617-104
E-Mail: andrea.schariri@ecksberg.de

Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung (ABW-O)

Frau Bauer

Tel.: 08631/98474-10
Fax: 08631/98474-13
E-Mail: Manuela.Bauer@ecksberg.de

Betreutes Wohnen in Gastfamilien für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung (BWF)

Frau Bauer

Tel.: 08631/98474-10
Fax: 08631/98474-13
E-Mail: bwf@ecksberg.de

Arbeit und Förderung – WfbM Standort Mühlendorf/Mettenheim/Bachham (Werkstatt für Menschen mit Behinderung)

Tel.: 08631/617 – 443
Fax: 08631/617 – 400
E-Mail: bd-ecksberg@ecksberg.de

Arbeit und Förderung – WfbM Standort Mühlendorf – Bereich für Menschen mit erworbenen Hirnschäden und körperlicher Behinderung (Werkstatt für Menschen mit Behinderung)

Frau Monassi

Tel.: 08631/617 – 429
Fax: 08631/617 – 400
E-Mail: Michaela.Monassi@ecksberg.de

Arbeit und Förderung – PEP (Programm zur Eingliederung psychisch Kranker)

Tel.: 08631/16869-23
Fax: 08631/16869-37
E-Mail: bd-pep-muehldorf@ecksberg.de

Arbeit und Förderung – Ecksberger Förderstätten

Tel.: 08631/617-280
Fax: 08631/617-289
E-Mail: eva.stroebl@ecksberg.de

Anfragender*:

Name: _____
Beziehung (Eltern/Geschw., GsB): . _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Fax: _____
E-Mail: _____

Grund der Anfrage:

Aufnahme von:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Geburtsname: _____
Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____
Familienstand: _____ Kinder _____
Bisheriger Wohnort (Adresse):
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.Nr.: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Derzeitige Wohnsituation (bitte zutreffendes ankreuzen und unterstreichen):

Name der Einrichtung: _____

- selbständiges Wohnen allein/WG/Paarwohnen/Familie
- selbständiges Wohnen mit zusätzlicher Hilfe
- stationäres Wohnen in Wohnheim/Außenwohngruppe
- Trainingswohnen
- Wohnungslos
- Sonstiges
- Klinik/Psychiatrie
- Rehaeinrichtung

Gesetzlicher Betreuer (Angehöriger / Bevollmächtigter):

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Nr.: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Wirkungs-/Aufgabenbereich des Betreuers:

- Aufenthaltsbestimmung
- Gesundheitsfürsorge
- Vermögenssorge
- Vertretung gegenüber Behörden

- Einwilligungsvorbehalt
 Heimvertrag
 Sonstige

Gewünschte Wohnform:

- offene vollstationäre Wohnform geschlossene/beschützende Wohnform Ambulant betreutes Wohnen
 Außenwohngruppe

Diagnosen (auch Allergien, Unverträglichkeiten, chronische Erkrankungen): _____

Bisheriger Leistungstyp: _____

Hilfebedarf (nach Metzler): 0 1 2 3 4 5

Pflegegrade: 1 2 3 4 5

Freiheitsentziehende Maßnahmen:

- Bettgitter
 Bauchgurt
 verschlossene Türen
 Rollstuhltisch, Sitzhose etc.
 Timeout Raum
 Sonstiges _____

Individuelle Basisversorgung (Bitte ankreuzen):

	kann	Kann mit Schwierigkeiten	Kann nicht
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung/persönliche Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen / zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen/Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Schienen, Korsett, Orthese etc.):

Hilfsmittel erforderlich: ja nein

Art des Hilfsmittels: _____

Unterstützung bei Handhabung nötig: ja nein

Welche Arbeitsbereiche würden Sie interessieren: _____

Wichtige Besonderheiten/ Verhaltensweisen:

Wichtig, wenn auch eine Aufnahme in die WfbM angestrebt wird:

Bitte stellen Sie (gesetzlicher Betreuer) den **Antrag zur Teilhabe am Arbeitsleben** unverzüglich beim örtlichen Arbeitsamt oder beim Rentenversicherungsträger. Der Sozialdienst der Ecksberger Werkstätten kann Sie dabei unterstützen.

Dieser Antrag ist für die Aufnahme in die Werkstatt für behinderte Menschen unbedingt erforderlich!

Hinweis zum Datenschutz:

Dieses Formular wird bei der Aufnahme in die Stiftung Ecksberg in der Bewohnerakte gespeichert. Wird die Anfrage zurückgezogen, wird das Dokument datenschutzkonform vernichtet. Wünschen Sie weitere Informationen zum Datenschutz, senden Sie bitte eine E-Mail an datenschutz@ecksberg.de oder wenden Sie sich postalisch an unser Datenschutzteam: Datenschutzbeauftragter, Stiftung Ecksberg, Ebinger Straße 1, 84453 Mühldorf a. Inn.

* Aus Gründen der Lesbarkeit wird nur die männliche Schreibweise verwendet. Es wird an dieser Stelle aber betont, dass sich die männliche Schreibweise auf alle sozialen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten gleichberechtigt bezieht.