






Diesen Teil füllen wir für Sie aus.			
Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Wohnort:		Gz. LWV:	

So möchte ich leben!



Bitte füllen Sie diesen Bogen aus, so gut es geht.	
<input type="checkbox"/>	Bei diesem Zeichen können Sie ein Kreuz machen.
	Bei diesem Zeichen können Sie etwas aufschreiben.
Ihre Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt. Die Angaben werden nur für die Ermittlung des Bedarfs genutzt.	

1. Wie und wo möchten Sie wohnen? Sie können mehrere Sachen ankreuzen.	
Alleine in einer eigenen Wohnung	<input type="checkbox"/>
Zusammen mit meinem Partner oder mit meiner Partnerin	<input type="checkbox"/>
Zusammen mit meinem Kind oder mit meinen Kindern	<input type="checkbox"/>
Mit anderen gemeinsam in einer Wohnung	<input type="checkbox"/>
Bei meinen Eltern oder Angehörigen	<input type="checkbox"/>
In einer besonderen Wohn-Form	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	
  	

2. Wie und wo möchten Sie lernen und arbeiten?
 Sie können mehrere Sachen ankreuzen.

Schulbesuch, auch Volkshochschule oder ähnliches	<input type="checkbox"/>
Ausbildung, Lehre oder Studium	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Kursen zur beruflichen Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/>
Arbeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/>
Beschäftigung in einer Tagesstätte	<input type="checkbox"/>
Beschäftigung in einer Tages-Förder-Stätte	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	
	

Welche Arbeit machen Sie gerne?

3. Was möchten Sie in Ihrer Freizeit tun?
 Bitte schreiben Sie auf, was Sie gerne machen







Bitte beraten Sie mich, welche Möglichkeiten es gibt.

4. Wobei wünschen Sie Unterstützung?

Sie können mehrere Sachen ankreuzen.

Freizeit gestalten	<input type="checkbox"/>	Körperpflege	<input type="checkbox"/>
Haushalt führen	<input type="checkbox"/>	Krankenpflege	<input type="checkbox"/>
Tagesablauf ordnen	<input type="checkbox"/>	Eine Wohnung finden	<input type="checkbox"/>
Zu Ärzten begleiten	<input type="checkbox"/>	Eine Passende Arbeit finden	<input type="checkbox"/>
Medizin einnehmen	<input type="checkbox"/>	Psycho-soziale Unterstützung	<input type="checkbox"/>
Mein Geld verwalten und Geld einteilen	<input type="checkbox"/>	Zu Ämtern begleiten und bei rechtlichen Sachen	<input type="checkbox"/>

Ich wünsche keine Unterstützung.

Ich wünsche noch diese Unterstützung:



5. Wer hat Sie bisher unterstützt?

Diese Personen oder Leistungs-Erbringer haben mich bisher unterstützt.



Ich wünsche keine Veränderung.

6. Wer soll Sie in Zukunft unterstützen?

Diese Personen oder Leistungs-Erbringer sollen mich in Zukunft unterstützen.



Bitte beraten Sie mich, welche Personen oder Leistungs-Erbringer mir Unterstützung anbieten können.

Ich habe diesen Bogen alleine ausgefüllt.

Beim Ausfüllen wurde ich unterstützt von:



Unterschrift Unterstützung:

Datum: _____

Danke, dass Sie sich Zeit genommen haben.

Platz für Anmerkungen: