



Direktion Sozialdienste
Direzione Servizi Sociali

1/4

An die
Bezirksgemeinschaft Vinschgau
Hauptstraße 134
39028 Schlanders

Ansuchen um Aufnahme in die Dienste für Menschen mit Behinderung und für Menschen mit psychischer Erkrankung

Persönliche Daten der **betreuten Person**

Nachname Vorname: _____

Geboren am: _____

in: _____

Wohnsitz in: _____

Straße: _____

Nr.: _____

eventuelle Aufenthaltsadresse: _____

Steuernummer: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Telefonnummer: _____

Daten einer eventuellen **Bezugsperson** oder falls vorhanden des Vormunds/Sachwalters

Beziehung zur betreuten Person:

Angehörige/r

Vormund (Dekret beilegen)

Sachwalter/in (Dekret beilegen)

Nachname Vorname: _____

Wohnsitz in: _____

Straße: _____

Nr.: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Die Spesennoten sollen an diese Person geschickt werden



Das Ansuchen um Aufnahme in die Dienste der Bezirksgemeinschaft Vinschgau kann erst ab Erreichung der Volljährigkeit des Nutzers eingereicht werden.

Dienste für Menschen mit Behinderung

Teilstationäre Dienste

- Dienst zur Arbeitsbeschäftigung in Prad am Stilfserjoch
- Sozialpädagogische Tagesstätte in Prad am Stilfserjoch
- Dienst zur Arbeitsbeschäftigung Lebenshilfe in Schlanders
- Sozialpädagogische Tagesstätte Lebenshilfe in Schlanders

Stationäre Dienste

- Wohngemeinschaft Lebenshilfe in Schlanders
- Wohnhaus Lebenshilfe in Schlanders
- Rotationsplatz Lebenshilfe in Schlanders
 - Variante A: Montag – Sonntag
 - Variante B: Montag – Freitag
 - Variante C: Freitag – Sonntag

(Die Ablehnung eines freien Platzes bewirkt die Reihung an den letzten Platz der Warteliste)

Bedarf des Transportdienstes: Ja Nein

(Die Entscheidung liegt bei der Bezirksgemeinschaft, abhängig von Ressourcen und Nachfrage)

Dienste für Menschen mit psychischer Erkrankung

Teilstationäre Dienste

- Arbeitsrehabilitationsdienst Latsch

Stationäre Dienste

- Wohngemeinschaft „Felius“ in Laas



Zusätzliche notwendige Daten zur **betreuten Person**

3/4

Pflegestufe

- Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3 Pflegestufe 4 nicht eingestuft

Zivilinvalidität

- 100% mit Begleitzulage 100% ohne Begleitzulage
 _____% ohne anerkannte Zivilinvalidität

Rollstuhl

- Ja Nein

Hausarzt: _____

Grund der Aufnahme:

- Betreuungs- und Pflegebedarf Gesundheitliche Probleme
 Wohn-/Arbeitstraining Wohnsituation des Betreuten
 Geschützte Arbeitstätigkeit/Beschäftigung aus soziopädagogischen Gründen

Zuweisung

- der Betreute selbst Familie
 Sozial- und/oder Gesundheitssprengel Arzt/Krankenhaus
 ZPG – Zentrum für psychische Gesundheit Anderes _____

Aktuelle Unterkunft

- Herkunftsfamilie eigene Wohnung
 in einer Einrichtung bei anderen Familienangehörigen
 in einer Wohnung mit Pflegehelfer/in Anderes _____

Art der Behinderung / psychischen Erkrankung

- Körperliche Behinderung Autismus
 Downsyndrom Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
 Schizophrenie Anderes _____

Eventuelle weitere Kontaktperson

Nachname Vorname: _____

Bezug zur betreuten Person: _____

Telefonnummer: _____



Dem Ansuchen müssen folgende Dokumente beigelegt werden:

4/4

- Kopie Ausweis und Steuernummer der betreuten Person
- Kopie Ausweis der Bezugsperson (falls diese das Ansuchen unterschreibt)
- eventuell Dekret Sachwalterschaft oder Vormundschaft
- Gutachten der Fachdienste der Sanität über Diagnose und Krankheitsverlauf; eventueller Medikamentenplan

Der/die Unterfertigte verpflichtet sich, sich an dem im D.L.H. Nr. 30/2000 vorgesehenen Tarif zu beteiligen.

Unterschrift: _____

Der/die Unterfertigte erklärt, im Sinne des Art. 76 des D.P.R. Nr. 445/2000 in geltender Fassung aufgeklärt worden und bewusst zu sein, dass er/sie laut Strafgesetzbuch und Sondergesetzen, für alle unwahren und unvollständigen Angaben und für die Vorlage falscher Urkunden, strafrechtlich verantwortlich ist.

Unterschrift: _____

**Aufklärung im Sinne des Datenschutzes
(Verordnung (EU) 2016/679, in geltender Fassung)**

Die vom Nutzer angegebenen Daten werden, auch in digitaler Form, von der Verwaltung des Dienstes im notwendigen Ausmaß zur Erreichung der institutionellen Zwecke, und jedenfalls unter Berücksichtigung der in der Verordnung (EU) 2016/679 enthaltenen Vorschriften, verarbeitet. Dem/der Nutzer/in steht das Recht, auf personenbezogene Daten zuzugreifen, sie zu berichtigen und/oder zu löschen, ihre Verarbeitung einzuschränken oder abzulehnen, sie in anonyme Daten umzuwandeln.

Unterschrift: _____ **Ort, Datum:** _____

Dem Amt vorbehalten

Bestätigung der Identität des Antragstellers

Die Unterschrift des/der Antragsteller/s/in wurde in Anwesenheit des/r zuständigen Sachbearbeiters/in angebracht;

und/oder

Zum Nachweis der Identität des/der Antragsteller/s/in liegt die Kopie eines gültigen Erkennungsausweises bei.

Unterschrift: _____