**Perspectiefplan Wmo**

**1.Algemene gegevens**

**Aanvrager:**

|  |  |
| --- | --- |
| BSN |  |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Postcode, woonplaats |  |
| Geboortejaar |  |
| Geslacht | V/M/X |
| Telefoonnummer |  | Mobiel |  |
| E-mail |  |
| Ingevuld door |  |
| Ingevuld op |  |

**Partner**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Leeftijd |  |
| Geslacht | V/M/X |
| Samenwonend |  |
| Telefoonnummer |  | E-mail |  |

**Inwonende gezinsleden:**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Leeftijd |  |
| Geslacht | V/M/X |
| Telefoonnummer |  | E-mail |  |
| Relatie |  |

**Contactpersoon:**

|  |
| --- |
| **Iemand anders, namelijk:** |
| Naam |  |
| Leeftijd |  |
| Geslacht | V/M/X |
| Telefoonnummer |  | E-mail |  |
| E-mail |  |
| Relatie |  |

|  |
| --- |
| **Wat is uw vraag? Wat is de reden dat u deze melding doet?** |

**2. Beschrijving**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum gesprek:** |  |
| **Wie zijn er aanwezig bij het gesprek:** |
| **Naam:** | **Tel.:** |

|  |
| --- |
| **Wonen en thuissituatie** |
| **Functioneren en ontwikkeling/ Werk en opleiding** |
| **Daginvulling (school, werk, dagbesteding, vrije tijd, sport, dagelijkse bezigheden)** |
| **Sociale contacten en netwerk** |
| **Lichamelijke gezondheid** |
| **Geestelijke gezondheid** |
| **Financiële situatie** |
| **Waar bent u trots op? Waar bent u tevreden over?** **DEZE VRAAG IS AAN EEN KEUZE VAN DE GEMEENTE: OF DE VRAAG GESTELD WORDT, EN ZO JA, WANNEER?** |

**Andere hulpverlening**

|  |
| --- |
| **Heeft u op dit moment hulp of ondersteuning? Zo ja, van wie en welke hulp of ondersteuning ontvangt u?**  |
| **Welke hulpverlening heeft u in het verleden gehad?**  |
| **Aanvullende informatie:** |

**Wat wilt u bereiken?** **(*in te vullen door inwoner/zorgaanbieder/gemeente)***

|  |
| --- |
| 1. **Resultaat (wat?)**
 |
|  |
| **Hoe wilt u dit bereiken?** |
| **Doel:** |
| **Wie:** |
| **Wanneer:**  |
| **Doel:** |
| **Wie:** |
| **Wanneer:**  |
| **Inzet van zorgaanbieder?** [ ]  **Ja** [ ]  **Nee** |

|  |
| --- |
| 1. **Resultaat (wat?)**
 |
|  |
| **Hoe wilt u dit bereiken?** |
| **Doel:** |
| **Wie:** |
| **Wanneer:**  |
| **Doel:** |
| **Wie:** |
| **Wanneer:**  |
| **Inzet van zorgaanbieder?** [ ]  **Ja** [ ]  **Nee** |

**Samenvatting, advies en motivatie\*:**

|  |
| --- |
|  |

**\*Indien de inzet van een Wmo-voorziening niet nodig is om de resultaten te bereiken, dan hoeft u het perspectiefplan niet te ondertekenen**

**In te zetten Wmo-voorziening**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Is een eigen bijdrage van toepassing?** [ ]  Ja [ ]  Nee, omdat |

**Regisseur:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam:** | **Tel.:** | **E-mail:** |

**Contactpersoon gemeente:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam:** | **Tel.:** | **E-mail:** |

**Contactpersoon zorgaanbieder:**

|  |
| --- |
| **Organisatie:** |
| **Naam:** | **Tel.:** | **E-mail:** |

**Met het ondertekenen van dit perspectiefplan doet u een Wmo-aanvraag**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Naam: |
| Handtekening: |
| Ondertekening door gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger |
| Naam: | Relatie: |

**Als er voor het behalen van de resultaten de inzet van een zorgaanbieder noodzakelijk is, dan zal het perspectiefplan gedeeld worden met de zorgaanbieder.**

**3. Toelichting zorgaanbieder**

|  |
| --- |
| **Verslag intake zorgaanbieder:****Doelen (acties) bij resultaten aangevuld:**[ ]  **Ja** [ ] **Nee, omdat** |