

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

2. Resultaat (wat?)
Hoe wilt u dit bereiken?
Doel:
Wie:
Wanneer:
Doel:

Wie:
Wanneer:
Inzet van zorgaanbieder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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