Perspectiefplan Wmo

*(Een onafhankelijk cliëntondersteuner of medewerker van de gemeente ondersteunt graag in het invullen van dit perspectiefplan)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mijn gegevens  *De gegevens van degene voor wie de ondersteuning bedoeld is* | | | |
| Voor- en achternaam |  | | |
| BSN |  | Geboortejaar |  |
| Straat en huisnummer |  | | |
| Postcode en woonplaats |  | | |
| E-mail |  | | |
| Telefoonnummer |  | | |
| Contactpersoon voor aanvrager: |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Heeft u een partner? Vul dan de gegevens in | | | | | |
| Voor- en achternaam |  | | | | |
| BSN |  | | Geboortejaar |  | |
| Adres | Kies een item. |  | | |  |
| Telefoonnummer |  | | | | |
| E-mail |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Andere gezinsleden, indien van toepassing | | |
|  | Gezinslid 1 | Gezinslid 2 |
| Voor- en achternaam |  |  |
| Relatie | Kies een item. | Kies een item. |
| Geboortedatum |  |  |

|  |
| --- |
| **1. Waar heb ik ondersteuning bij nodig?** |
| *Voorbeeldvragen: Wat heb ik nodig?;* Kies een item. *Vul dan de vragen 1 tot en met 5, de resultaten en het ondertekenveld. Staat uw vraag er niet bij, vul deze dan zelf hieronder in:* |
| **…** |

|  |
| --- |
| **2. Doe ik zelf of doen anderen iets om mijn situatie te veranderen?** |
| *Voorbeeldvragen: Wie is er voor mij? Is er al hulp aanwezig? Is er eerder hulpverlening (geweest),* *bijvoorbeeld vanuit de wet langdurige zorg? Wat heb ik zelf geprobeerd om de moeilijkheden op te lossen, door mijzelf of mijn netwerk?* |
| **…** |

|  |
| --- |
| **3. Wat wil ik met de hulp bereiken? En wat wil ik met de hulp gaan doen?** |
| *Voorbeeldvragen: Wat zou het resultaat van de hulp moeten zijn? Heb ik een idee hoe dat bereikt zou kunnen worden? Zo ja, hoe?* |
| **…** |

|  |
| --- |
| *Bij deze vragen vult u in wat (de hulpverlener/medewerker gemeente) volgens u moet weten, om de vraag goed te begrijpen. Vul in wat u belangrijk vindt over uw huidige situatie en de vraag die u heeft. Dan kunnen wij zo goed mogelijk meedenken en een passend advies geven. Vul alleen iets in als de vraag van toepassing is op uw situatie.* |
| 4. Wonen en thuissituatie |
| *Voorbeeldvragen: Is mijn woning geschikt? Ik kan niet prettig wonen, want… Dit heb ik zelf al geprobeerd om het beter te maken.  …* |
| 5. Geestelijke en lichamelijke gezondheid |
| *Voorbeeldvragen: Ervaar ik problemen ten aanzien van mijn lichamelijke of psychische gezondheid? Kan ik goed bewegen? Kan ik mij goed verplaatsen? Zijn er andere bijzonderheden rondom eten, slapen, medicatiegebruik of verslavingen? …* |
| 6. Functioneren en ontwikkeling |
| *Voorbeeldvragen: Wil ik iets vertellen over mijn geloof of iets kwijt over seksualiteit? Wat kan ik vertellen over het uiten van emoties? Kan ik mij goed concentreren? Lukt het om te werken/te leren?*  *…* |
| 7. Sociale contacten en netwerk |
| *Voorbeeldvragen: Wie zijn het belangrijkste voor mij? Hoe ga ik om met vrienden en familie?*  *…* |
| 8. Wat doe ik op een dag |
| *Voorbeeldvragen: Wat doe ik dagelijks? Bijvoorbeeld werk, school, vrije tijd, sport of hobby* … |
| 9. Financiële situatie |
| *Voorbeeldvragen: Hoe ga ik met geld om? Ervaar ik problemen bij het organiseren of bijhouden van mijn financiën?*  … |

|  |
| --- |
| **Toelichting aanvullende informatie** |
| *Wil ik nog iets kwijt? Vertel het hier* |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mijn contactpersonen | **Contactpersoon gemeente** | **Contactpersoon** **zorgaanbieder** | **Ander contactpersoon gemeente (bijvoorbeeld gebiedsteam)** |
| **Naam + organisatie** |  |  |  |
| **Telefoonnummer & emailadres** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mijn contactpersonen indien van belang | **Huisarts** | **Medisch specialist** | **Ander contactpersoon (bijvoorbeeld vertegenwoordiger)** |
| **Naam + organisatie** |  |  |  |
| **Telefoonnummer & emailadres** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Welk resultaat wil ik bereiken met mijn netwerk of (professionele) ondersteuning?  *Vul dit samen in met de medewerker van de gemeente.* | | |
| **Resultaat** | **Wie ondersteunt?** | **Verwacht begin / eind** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Evaluatie moment:** Klik of tik om een datum in te voeren. | | |
| **Is met mij besproken dat ik mogelijk een eigen bijdrage (CAK) moet betalen?** Ja  Nee | | |

|  |
| --- |
| Welke hulp zet de gemeente voor mij in:  *Gemeente vult dit veld in en bespreekt dit met mij* |
| **Gemeente:** Als inzet vanuit een zorgaanbieder nodig is, bepaal dan hier het arrangement:  **Ondersteuningsprofiel:** Kies een item. **Intensiteit:** Kies een item.  **Overige producten:** Kies een item. |
| *Ruimte voor toelichting:* |

|  |  |
| --- | --- |
| Handtekening | |
| **Met het ondertekenen van dit perspectiefplan doe ik (of mijn gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger) een aanvraag.** | |
| **Datum:** | **Naam:** |
| *Handtekening:* | |
|  | |