SMO Breda e.o.



Postbus 3385

4800 DJ Breda

t : 076-5645050

f : 076-5645051

i : [www.smobreda.nl](http://www.smobreda.nl)

***Dit formulier kunt u digitaal invullen. Vervolgens print u het formulier en voorziet dit van een handtekening. Hierna stuurt u het formulier naar*** [***smocentraalonthaal@smobreda.nl***](mailto:smocentraalonthaal@smobreda.nl) ***of naar bovenstaand adres.***

**Aanmeldingsformulier voor:**

**wonen**

**ambulante woonbegeleiding**

**\* keuze aangeven s.v.p.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam cliënt: | |  | | |
| Voornamen (voluit): | |  | | |
| Roepnaam: | |  | | |
| Geboortedatum: | | -  - | | |
| Geboorteplaats: | |  | | |
| Nationaliteit: | |  | | |
| Huidig adres: | |  | | |
| Postcode en woonplaats: | |  | | |
| Telefoonnummer (vast): | | - | | |
| Telefoonnummer (mobiel): | | 06- | | |
| Legitimatie (soort en nummer): | |  | | |
| BSN nummer (voorheen sofinummer): | |  | | |
| Burgerlijke staat: | |  | | |
| Naam partner (indien van toepassing): | |  | | |
| Naam van evt. kind(eren) en geboortedatum(s) | |  | | |
|  | | | | |
| Heeft u contact met uw kind(eren)? | |  | | |
|  | | | | |
| Naam huisarts: | |  | | |
| Adres: | |  | | |
| Postcode en woonplaats: | |  | | |
| Telefoon: | | - | | |
| Verwijzende instantie: | |  | | |
| Naam contactpersoon: | |  | | |
| Relatie tot betrokkene: | |  | | |
| Adres: | |  | | |
| Postcode en woonplaats: | |  | | |
| Telefoon (vast): | | - | | |
| Telefoon (mobiel): | | 06- | | |
|  | | | | |
| Reden van aanmelding: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Ontvangt u één of meerdere uitkeringen: | |  | | |
| Zo ja, welke uitkering(en): | |  | | |
| Naam uitkerende instantie: | |  | | |
| Nummer van de uitkering: | |  | | |
| Adres: | |  | | |
| Postcode en woonplaats: | |  | | |
| Telefoonnummer uitkerende instantie: | | - | | |
| Naam uitkerende instantie: | |  | | |
| Nummer van de uitkering: | |  | | |
| Adres: | |  | | |
| Postcode en woonplaats: | |  | | |
| Telefoonnummer uitkerende instantie: | | - | | |
| Op welk giro/banknummer wordt salaris/uitkering gestort? | |  | | |
| Rekening op naam van: | |  | | |
| Adres: | |  | | |
| Postcode en woonplaats: | |  | | |
| Wanneer u in het bezit bent van een uitkering dient er bij opname een recente uitkeringsspecificatie te worden overlegd. | | | | |
|  | | | | |
| Wat is of was uw beroep? | |  | | |
| Naam laatste werkgever: | |  | | |
| Adres: | |  | | |
| Postcode en woonplaats: | |  | | |
| Telefoonnummer laatste werkgever: | | - | | |
|  | | | | |
| Is er sprake van één van de volgende situaties? | | | | |
| OTS contactpersoon: | | | | |
| Voogdij contactpersoon: | | | | |
| Bewindvoering / WSNP contactpersoon: | | | | |
| Juridische machtiging contactpersoon: | | | | |
| Budgetbeheer contactpersoon: | | | | |
| Overig: | | | | |
|  | | | | |
| Is er sprake van verplichte justitiële of reclasseringscontacten? | |  | | |
| Zo ja, welke? | |  | | |
|  | | | | |
| Heeft u een zorgverzekering? | |  | | |
| Naam zorgverzekeraar: | |  | | |
| Vestigingsplaats: | |  | | |
| Polisnummer: | |  | | |
|  | | | | |
| Heeft u schulden? | |  | | |
| Zo ja, hoeveel?(globale schatting) | |  | | |
|  | | | | |
| Heeft u een bank- of girorekening? | |  | | |
| Nummer: | |  | | |
| Rekening op naam van: | |  | | |
| Adres: | |  | | |
| Postcode en woonplaats: | |  | | |
|  | | | | |
| Relevante contactpersonen in de omgeving (bijv. familie, vrienden, etc.): | | | | |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
|  | | | | |
| Waar wilt u bij geholpen worden? | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Korte levensgeschiedenis: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Gevolgde opleidingen/ werkervaring: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Hobby, sport en / of interesses: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Bent u in begeleiding of behandeling geweest? | |  | | |
| Welke instelling: | |  | | |
| Naam contactpersoon: | |  | | |
| Adres: | |  | | |
| Postcode en woonplaats: | |  | | |
| Telefoonnummer: | | - | | |
| Aard van specialisme: | |  | | |
|  | | | | |
| Is er sprake van eerdere contacten en/of opnames binnen verslavingszorg en/of psychiatrie? | | | | |
| Naam instelling: | Adres: | | Woonplaats: | Periode van/tot: |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  | | | | |
| Wat is de eventuele diagnose? \* | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| \* graag relevante informatie meezenden | | | | |
|  | | | | |
| Gebruikt u medicatie? | |  | | |
| Zo ja, welke? | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Hebt u een CIZ-indicatie? | |  | | |
| Zo ja: kopie hiervan meezenden. | | | | |
|  | | | | |
| Eventuele verdere toelichting: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Bijlage(n): | |  | | |
|  | | | | |
| Aldus naar waarheid ingevuld op: | |  | | |
| handtekening cliënt: eventueel handtekening verwijzer: | | | | |