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*** ***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: |