



Wohnplatzanfrage extern

Datum:

Anfrage für folgenden Bereich			
<input type="checkbox"/> Frauenwohnhaus	<input type="checkbox"/> Männerwohnhaus	<input type="checkbox"/> Wohnbegleitung	
Anfragende Person/Stelle:			
Name Vorname		Tel. direkt	
Anfragende Stelle		Tel. allg.	
Ort / Kanton		E-Mail	
Person:			
Name, Vorname Bei Versand via Mail nur Initialen verwenden!		Telefon	
Wohnsitz / Kanton		Geburts- Datum	
Jetziger Aufenthalt			
Frühere Platzanfrage		Wünscht Eintritt am	
Aktuelle Situation			
<input type="checkbox"/> Wohnungskündigung	<input type="checkbox"/> wohnungslos	<input type="checkbox"/> Austritt Spital, Klinik	<input type="checkbox"/> Eigene Wohnung
<input type="checkbox"/> Zwangsräumung	<input type="checkbox"/> Trennung	<input type="checkbox"/> Krise	<input type="checkbox"/> Entlastungsplatz
Situationsbeschreibung/ Motivation / Ziel / Rückseite oder Zusatz nutzen			
Gesundheit – Psychische Situation			
<input type="checkbox"/> Schizophrenie	<input type="checkbox"/> Angststörung	<input type="checkbox"/> ADS / ADHS	
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Zwang	<input type="checkbox"/> andere (bitte unter Zusatz genauer ausführen)	
Gesundheit – Physische Situation			
<input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf	<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Hepatitis	
<input type="checkbox"/> Gewicht	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> andere (bitte unter Zusatz genauer ausführen)	
Sucht			
<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	
<input type="checkbox"/> Cannabis	<input type="checkbox"/> Substitution	<input type="checkbox"/> unregelmässig	
Konsumverhalten:			
Medizinische- und/oder therapeutische Anbindung			
<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Kornhausgasse	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	
<input type="checkbox"/> Psychiater	<input type="checkbox"/> Hausarzt		



<input type="checkbox"/> andere:					
Finanzen					
<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> AHV	<input type="checkbox"/> EL	<input type="checkbox"/> BVG	<input type="checkbox"/> SH	KOG: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenverwaltung (Name, Tel.):					
Beistandschaft		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt	
Rentenabtretung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	
Administratives					
Bedarfsnachweis:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> erledigt durch:	
Auf Kolbliste		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	IHP-Bogen: <input type="checkbox"/> i.B. <input type="checkbox"/> FAS	Datum letztes IBB-Rating:
IHP Anmeldung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> i.B.		
Bedarfsstufenzuweisung:			IHP:		IBB:

Zusatz:

Bei der Wohnplatzanfrage handelt es sich um eine Anfrage und **nicht** um eine Wohnplatzanmeldung. Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, uns das ausgefüllte Formular **per Post oder per Fax** zu senden. Bei Unklarheiten oder Fragen dürfen Sie uns jederzeit anrufen.

Heilsarmee Männerwohnhaus
Rheingasse 80
4058 Basel
Tel. 061 666 66 70
Fax 061 666 66 78

Heilsarmee Frauenwohnhaus
Alemannengasse 7
4058 Basel
Tel. 061 666 66 80
Fax 061 666 66 84

Heilsarmee Wohnbegleitung
Breisacherstrasse 45
4057 Basel
Tel. 061 666 66 88