

## Mitteilung über die Gefährdung der Rückkehr/des Verbleibs in die/der Häuslichkeit

an: Kreis Warendorf, Sozialamt - Clearingstelle -

Fon 0 25 81/53-5017/5016 · Fax 0 25 81/53-5099 email: Sozialamt@kreis-warendorf.de

Datum

Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße/PLZ/Ort

**Pflegestufe?**  nein  ja, welche?

derzeitiger Aufenthaltsort:  zuhause  Krankenhaus  Reha-Klinik  Kurzzeitpflege

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

**Entlassstermin** (auch ca. Angabe): \_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie die Institution mit Tel. Nr. und Ansprechpartner.

### Bezugsperson:

Bitte geben Sie möglichst eine Telefonnummer zur Kontaktaufnahme an. Sofern bekannt, ist auch die Benennung der Beziehung (Tochter, Schwiegersohn etc.) zum Hilfebedürftigen hilfreich.

**soziale Problemlage, ggf. mit Diagnose:** (falls ein Antrag gem. § 3 PFG NW gestellt wird, bitte auch eine Kopie des Überleitungsbogens beifügen)

---



---



---



---

Leistungsbezug Sozialamt (SGB XII)?

ja besteht  zu erwarten

Unterschrift/Bezeichnung der zuweisenden Stelle

Stempel

**Einverständniserklärung:**

Ich bin an einer kostenlosen und neutralen Beratung interessiert. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten an die Clearingstelle im Kreis Warendorf zur Feststellung des Bedarfes einer Hilfeplanung weitergeleitet und gespeichert werden.

Sollte ein Fallmanagement erforderlich sein, gestatte ich hiermit die Weitergabe meines Namens und der Telefonnummer zur Verabredung eines Beratungstermins an die KAA- Pflege- und Wohnberatung in Ahlen.

Ratsuchende(r)/gesetzlicher Vertreter