Caritas-Emstor-Werkstätten
Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Datenerhebungsbogen

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsname: ..... Geburtsdatum: .....

Straße und Hausnummer: .....

Postleitzahl: ..... Wohnort: .....

Telefonnummer: ..... E-Mail: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Geburtsort: .....

Familienstand: ..... Konfession: .....

Identifikations-Nr. (ID-Nr.) .....

Haben Sie eigene Kinder? ☐ Ja ☐ Nein

(Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie der Geburtsurkunde vor!)

Krankenkasse:
Name: .....
Anschrift: .....
Versicherten-Nr.: .....
Telefon: .....

Schwerbehindertenausweis: ☐ Ja ☐ Nein Grad der Behinderung: ..... Merkmale: .....

Rollstuhlfahrer: ☐ Ja ☐ Nein

Bankverbindung:
Bank: .....
Anschrift: .....
Kontoinhaber: .....
IBAN: ..... BIC: .....

Angaben zur Wohnform:

(zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Elternhaus/Familie ☐ Eigene Wohnung ohne Betreuung

☐ Stationäres Wohnen ☐ Dezentrales/Stationäres Wohnen ☐ Ambulant Betreutes Wohnen

Träger:
(Anschrift, Telefon) .....

seit wann: .....

Ansprechpartner:
(Anschrift, Telefon) .....

Sonstiges: .....

Ambulante Betreuung: .....

Art und Umfang der Behinderung: .....

Hilfsmittel: .....

Schulbildung:

Schulform/-abschluss: .....

Vorherige Beschäftigungszeiten:

von: ..... bis: ..... Arbeitgeber: .....

von: ..... bis: ..... Arbeitgeber: .....

von: ..... bis: ..... Arbeitgeber: .....

Angehörige:

Name, Vorname: ....

Geburtsdatum: ....

Straße: ....

Postleitzahl, Wohnort: ....

Telefon: ....

Verwandtschaftsgrad: ....

Gesetzlicher Betreuer gem. §§ 1897, 1900 BGB: .....

Name, Vorname: .....

Straße: ..... PLZ, Wohnort: .....

Telefon: .....

Rentenversicherungsträger:

Sozialversicherungsnummer DRV Westfalen: ..... Sozialversicherungsnummer DRV Bund: .....

Rentenbezug: Rentenform: .....

Bewilligungszeitraum: vom: ..... ggf. bis: .....

Bezug von Leistungen:

Bezug von Leistungen aus dem SGB II (Hartz IV) / Bedarfsgemeinschaft ☐ Ja ☐ Nein

Bezug von Sozialhilfeleistungen: ☐ Ja ☐ Nein

Bezug von Grundsicherungsleistungen: ☐ Ja ☐ Nein

Bezug von Pflegeleistungen: ☐ Ja ☐ Nein Pflegegrad: .....

Bezug von Kindergeldleistungen: für Antragsteller (nicht für eigene Kinder) ☐ Ja ☐ Nein

Wer bezieht das Kindergeld? ☐ Antragsteller ☐ Eltern

Hausarzt:

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Fachrichtung: .....

Facharzt:

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Fachrichtung: .....

Bitte folgende Unterlagen beifügen (ggf. Kopien)!

- **Passbild**
- **Betreuerurkunde**
- **Rentenbescheid bzw. Ablehnungsbescheid**
- **Grundsicherungsbescheid**
- **Schwerbehindertenausweis einschließlich Feststellungsbescheid**
- **Allergieausweis**
- **Anfallskalender**
- **Zeugnisse**

- **Antrag auf Aufnahme** (fachärztliches Gutachten und ggf. Sozialbericht)
- **Datenerhebungsbogen, Medikamentenbogen**
- **Postzuständigkeit/Rentenkontenklärung/Anmeldung zur Krankenkasse**

Bitte kurzfristig, vollständig ausgefüllt zurück an: Caritas-Emstor-Werkstätten (WfbM), Edisonstraße 10, 48432 Rheine