

Aanmeldformulier AZ Multizorg B.V.

1. Cliëntgegevens			
Achternaam, voorletter(s)		Roepnaam	
Geboortedatum		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Geboorteplaats		Burgerlijke staat *	
Straat met huisnummer		Bankrekening nummer	
Postcode		Woonplaats	
Tel. nummer		Mobiel nummer	
E-mailadres		BSN/Sofinr.	
Nationaliteit		Culturele achtergrond/ spreektaal **	
Zorgverzekeraar		Polisnummer	

*Burgerlijke staat: hierbij invullen gehuwd, ongehuwd, gescheiden, weduwe/ weduwnaar

2. Wettelijk vertegenwoordiger			
U bent wettelijk vertegenwoordiger	ja (dan s.v.p. gegevens invullen)	nee (dan onder 3 gegevens aanmelder invullen)	
Achternaam, voorletter(s)		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Straat met huisnummer		Postcode	
Woonplaats		Tel. nummer	
E-mailadres		Mobiel nummer	
Relatie tot cliënt	Ouder* Gezinsvoogd**	Voogd** Mentor**	Curator** Bewindvoerder**
Bent u contactpersoon	ja	nee (dan gegevens onder 4 invullen)	

** Graag kopie van beschikking rechtbank meesturen.

3. Aanvrager/aanmelder (als deze afwijkt van cliënt en wettelijk vertegenwoordiger)				
Achternaam, voorletter (s)		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Straat met huisnummer		Postcode		
Woonplaats		Tel. nummer		
E-mailadres		Mobiel nummer		
Relatie tot cliënt		naam organisatie		
Bent u contactpersoon		nee (dan gegevens onder 4 invullen)		

4. Indien de wettelijke vertegenwoordiger of aanvrager/aanmelder niet de contactpersoon is voor maken van afspraken en het opvragen van informatie, dan graag hier gegevens van contactpersoon invullen				
Achternaam, voorletter (s)		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Straat met huisnummer		Postcode		
Woonplaats		Tel. nummer		
E-mailadres		Mobiel nummer		
Relatie tot cliënt				
Naam organisatie				

5. Huisarts				
Achternaam, voorletter (s)		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Straat met huisnummer		Postcode		
Woonplaats		Tel. nummer		
E-mailadres		Mobiel nummer		

6. Aanmelding Wonen / Dagbesteding /Ambulant	
Arbeidsmatige activering <input type="checkbox"/>	Coaching <input type="checkbox"/>
Dagbesteding groepsverband <input type="checkbox"/>	Ambulante begeleiding (1 op 1) <input type="checkbox"/>
Dagbesteding individueel <input type="checkbox"/>	Anders

7. Zijn er op dit moment andere hulpverleners bij u / de cliënt betrokken? Zo ja, wie				
A. Achternaam, voorletter (s)		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Straat met huisnummer		Postcode		
Woonplaats		Tel. nummer		
E-mailadres		Mobiel nummer		
Naam organisatie				
B. Achternaam, voorletter (s)		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Straat met huisnummer		Postcode		
Woonplaats		Tel. nummer		
E-mailadres		Mobiel nummer		
Naam organisatie				

8A. Wat is uw huidige woonsituatie	8B. Waaruit bestaat uw bezigheid overdag?
Inwonend bij ouders of familie <input type="checkbox"/>	Bezoek school/ volg opleiding <input type="checkbox"/>
Zelfstandig wonend alleen <input type="checkbox"/>	Betaalde baan <input type="checkbox"/>
Zelfstandig wonend met partner/ gezin <input type="checkbox"/>	Activiteitencentrum <input type="checkbox"/>
Wonend bij een andere zorgaanbieder met CIZ indicatie voor verblijf <input type="checkbox"/>	Vrijwilligerswerk zonder begeleiding bij <input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	Anders, namelijk

9. Akkoordverklaring aanmelding			
Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld en ga akkoord met de verwerking (op papier en/of digitaal) van mijn gegevens binnen AZ Multizorg B.V.			
Naam cliënt		Naam wettelijk vertegenwoordiger:	
Handtekening cliënt		Handtekening wettelijk vertegenwoordiger	
Datum en Plaats:			

U kunt zich als volgt aanmelden:

- **Per e-mail**

U kunt dit formulier en benodigde informatie gescand per e-mail versturen. Het gescande aanmeldformulier moet voorzien zijn van een handtekening anders kunnen wij deze niet in behandeling nemen.

E-mailadres: info@azmultizorg.nl