

2023/2024

Aanmeldformulier AZ Multizorg B.V.

1. Cliëntgegevens			
Achternaam, voorletter(s)		Roepnaam	
Geboortedatum		Geslacht	Man 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	Man 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	Man 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	Man Vrouw
Straat met huisnummer		Postcode	
Woonplaats		Tel. nummer	
E-mailadres		Mobiel nummer	
Relatie tot cliënt			
Naam organisatie			

5. Huisarts			
Achternaam, voorletter (s)		Geslacht	Man 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	Man Vrouw
Straat met huisnummer		Postcode	
Woonplaats		Tel. nummer	
E-mailadres		Mobiel nummer	
Naam organisatie			
B. Achternaam, voorletter (s)		Geslacht	Man 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