Perspectiefplan Wmo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mijn gegevens | | | |
| Voor- en achternaam |  | | |
| BSN |  | Geboortejaar |  |
| Straat en huisnummer |  | | |
| Postcode en woonplaats |  | | |
| E-mail |  | | |
| Telefoonnummer |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Heeft u een partner? Vul dan de gegevens in | | | | | |
| Voor- en achternaam |  | | | | |
| BSN |  | | Geboortejaar |  | |
| Adres | Kies een item. |  | | |  |
| Telefoonnummer |  | | | | |
| E-mail |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Andere gezinsleden, in relatie tot de hulpvraag | | |
|  | Gezinslid 1 | Gezinslid 2 |
| Voor- en achternaam |  |  |
| Relatie | Kies een item. | Kies een item. |
| Geboortejaar |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Contactpersoon | |
|  |  |
| Voor- en achternaam |  |
| Relatie tot aanvrager |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Contactmoment | |
|  |  |
| Datum gesprek |  |
| Locatie (fysiek/digitaal) |  |
| Aanwezigen (naam, telefoonnummer en rol) |  |

|  |
| --- |
| **1. Waar heeft u ondersteuning bij nodig en hoe is deze ondersteuningsvraag ontstaan?** |
|  |

|  |
| --- |
| **2. Wat doet u zelf of wat doen anderen om uw situatie te veranderen?** |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **3. Wat wilt u met de ondersteuning/voorziening bereiken? En wat wilt u met de ondersteuning gaan doen?** |
|  |

|  |
| --- |
| **4. Heeft u al eerdere Wmo ondersteuning gehad? Zo ja, welke en wanneer?** |
|  |

|  |
| --- |
| 5. Persoonlijk functioneren |
|  |
| 6. Sociaal functioneren |
|  |
| 7. Gezondheid en zelfzorg |
|  |
| 8. Verplaatsen en vervoer |
|  |
| 9. Wonen en thuissituatie |
|  |
| 10. Regie bij het huishouden |
|  |
| 11. Dagbesteding (school/werk) |
|  |
| 12. Vrije tijd |
|  |
| 13. Financiën en administratie |
|  |
| 14. Justitie |
|  |
| 15. Verslaving |
|  |

|  |
| --- |
| **Veiligheid** |
|  |

|  |
| --- |
| **Toelichting en/of aanvullende informatie** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mijn contactpersonen | **Contactpersoon gemeente** | **Andere contactpersonen** |  |
| **Naam + organisatie** |  |  |  |
| **Telefoonnummer & emailadres** |  |  |  |

|  |
| --- |
| Welke hulp zet de gemeente in en waarom wordt deze hulp ingezet?  *Gemeente vult dit veld in en bespreekt dit met mij* |
| **Motivering**   1. Stel vast wat de hulpvraag is:      1. Stel de problemen van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie vast:  * … * … * … * …  1. Stel vast in welke mate ondersteuning nodig is om een bijdrage te leveren aan de zelfredzaamheid en participatie: 2. Stel vast in hoeverre de eigen mogelijkheden, gebruikelijke hulp, mantelzorg, ondersteuning door andere personen uit het sociale netwerk en algemene voorzieningen de nodige hulp en ondersteuning kunnen bieden (eigen kracht): 3. Stel vast wat er overblijft om te compenseren via een maatwerkvoorziening:  |  |  | | --- | --- | | **Gemeente/gebiedsteam** |  | | **Zorgaanbieder** |  | | **Perceel** |  | | **Product + code** |  | | **Startdatum** |  | | **Einddatum** |  | | **Volume/eenheid/frequentie** |  |   **Overige producten**   |  |  | | --- | --- | | **Zorgaanbieder** |  | | **Perceel** |  | | **Product + code** |  | | **Startdatum** |  | | **Einddatum** |  | | **Volume/eenheid/frequentie** |  | |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Welk resultaat wil ik bereiken met mijn netwerk of (professionele) ondersteuning?  *Vul dit samen in met de medewerker van de gemeente.* | | |
| **Resultaat** | **Wie helpt hierbij?** | **Verwacht begin/ eind** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Evaluatie moment:** Klik of tik om een datum in te voeren. | | |
| **Afspraken rondom regie:** | | |
| **Is met mij besproken dat ik mogelijk een eigen bijdrage (CAK) moet betalen?** Ja  Nee | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Contactpersoon zorgaanbieder |  |
| **Naam + organisatie** |  |
| **Telefoonnummer & emailadres** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Handtekening | |
| **Met het ondertekenen van dit perspectiefplan doe ik (of mijn gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger) een aanvraag.** | |
| **Datum:** | **Handtekening:** |
| **Naam:** |
| **Datum:** | **Handtekening:** |
| **Naam gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger:**  **(****indien nodig)** |
| Ik geef toestemming om het perspectiefplan te delen met de zorgaanbieder | ☐ ja ☐ nee |