Beste verwijzer,

Opdat een cliënt door het Mobiel Team Verstandelijke Beperking (regio SaVHA?!) begeleid kan worden, moeten een aantal voorwaarden vervuld zijn, namelijk:

* De cliënt woont, werkt of loopt school in de regio Halle-Vilvoorde (netwerk SaVHA?!);
* De cliënt is minimum 16 jaar;
* De cliënt heeft een verstandelijke beperking (IQ <70 voor de leeftijd van 18 jaar);
* Er is een sprake van psychiatrische- en/of gedragsproblemen.

Gelieve na te gaan of deze voorwaarden vervuld zijn alvorens dit document verder in te vullen.

|  |  |
| --- | --- |
| Verwijzer | |
| Naam |  |
| Datum aanmelding |  |
| Organisatie |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Sociaal-administratieve gegevens | |
| Voornaam |  |
| Achternaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Straat + huisnummer |  |
| Postcode + stad |  |
| E-mail |  |
| Telefoonnummer |  |
| Geslacht | M V X |
| Taal | Nederlands Frans Engels  Andere: …………….. |
| Rijksregisternummer |  |
| Woonsituatie | Alleenwonend Ouderlijk gezin Eigen gezin met partner Eigen gezin met kinderen Residentiële VAPH-setting: ……………….  Beschut wonen MPC WZC  Andere: ………………… |
| Burgerlijke staat | Ongehuwd Gehuwd/samenwonend Gescheiden Weduwe/weduwenaar |
| Wettelijk vertegenwoordiger | Cliënt Voogd Bewindvoerder (middelen)  Bewindvoerder (persoon) Bewindvoerder (persoon en middelen) |
| Kinderen | Ja Nee  Leeftijd kinderen?   * ........................................................................... * ……………………………………………………………………… * ……………………………………………………………………… * ……………………………………………………………………… |
| Indien er kinderen zijn, is er begeleiding voor hen? | Ja, welke: ………………………………………………….  Nee |
| Juridisch statuut | Geen Probatie  Voorwaardelijke invrijheidsstelling Internering  Andere: ……………..…………………. |
| Status VAPH-aanvraag/ VAPH-nummer (indien gekend) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bepaling van de doelgroep | |
| Aard van de beperking | Licht verstandelijke beperking  Matig verstandelijke beperking  Ernstig verstandelijke beperking  Diep verstandelijke beperking  Autisme spectrum stoornis (ASS)  Motorische beperking  Visuele beperking  Auditieve beperking  Niet aangeboren hersenletsel (NAH) |
| IQ  (Indien gekend: zowel totaal IQ (TIQ), verbaal IQ (VIQ) als performaal (PIQ) vermelden).  Indien niet gekend, gelieve op te vragen. |  |
| Schoolloopbaan  (Indien buitengewoon onderwijs, graag school/scholen, type en opleidingsvorm (OV) vermelden). Indien niet gekend, gelieve op te vragen. |  |
| Adaptief functioneren[[1]](#footnote-1) |  |
| Daginvulling | Studie/opleiding: …………………………………………………………..  Werk (regulier arbeidscircuit): ……………………………………….  Sociale tewerkstelling (bv. beschutte werkplaats, arbeidszorg, …): …………………………………………………………………  Vrijwilligerswerk: …………………………………………………………..  Begeleid werken: …………………………………………………………..  Dagcentrum VAPH/activiteitencentrum/  ontmoetingscentrum: ……...……………………………………………….  Individuele activiteiten: …………………………………………………  Dagopname ziekenhuis: …………………………………………………  Andere: …………………………………………………………………………. |
| Psychische kwetsbaarheid en/of gedragsproblemen | |
| DSM-diagnose  (indien gekend) |  |
| Beschrijving van het huidig functioneren |  |
| Wat is er veranderd? |  |
| Wanneer is deze gedragsverandering begonnen? Duur? |  |
| Wat heeft zich gelijktijdig voorgedaan? | Veranderingen in de psychologische toestand:  Veranderingen in de lichamelijke toestand:  Veranderingen in de contextuele toestand: |
| Hoe hebben de gedragsveranderingen zich gemanifesteerd? |  |
| Zijn de gedragsveranderingen permanent en in alle omstandigheden? |  |
| Middelengebruik  (bijvoorbeeld alcohol, drugs, medicatie) | Ja, welke: ……………………………………………………………………..  Nee |
| Risico agressief gedrag | Verbaal Fysiek Verbaal en fysiek Nee |
| Suïcide gedachten | NVT In verleden Momenteel aanwezig  Extra info: gedachten/pogingen: |
| Welke hulp werd reeds gezocht?  (bv. eerstelijnsdiensten, opnameverleden, VAPH-ondersteuning, geestelijke gezondheidszorg, …) |  |

|  |
| --- |
| Professioneel netwerk  ***(psychiater/huisarts/psycholoog/thuiszorg/bewindvoerder/OCMW/…)*** |
| **Naam Dienst:**  Contactpersoon:  Adres:  Tel:  E-mail:  Betrokken in de zorg:  ja  neen  Frequentie: |
| **Naam Dienst:**  Contactpersoon:  Adres:  Tel:  E-mail:  Betrokken in de zorg:  ja  neen  Frequentie: |
| **Naam Dienst:**  Contactpersoon:  Adres:  Tel:  E-mail:  Betrokken in de zorg:  ja  neen  Frequentie: |
| **Naam Dienst:**  Contactpersoon:  Adres:  Tel:  E-mail:  Betrokken in de zorg:  ja  neen  Frequentie: |

|  |
| --- |
| **Hulpvragen** |
| **Hulpvraag cliënt:** |
| **Hulpvraag vanuit het professioneel netwerk:** |
| **Hulpvraag vanuit het natuurlijk netwerk:** |

Gelieve dit aanmeldformulier ingevuld te bezorgen aan:

* Aanmeldcoördinator: An.degreef@kamillus.broedersvanliefde.be
* Coördinator: Camille.taelman@kamillus.broedersvanliefde.be

Bij vragen kan u eveneens telefonisch contact opnemen via 0493/24.27.15 of 0491/86.16.53

1. Deficiënties in het adaptieve functioneren die ertoe leiden dat de betrokkene niet kan voldoen aan de ontwikkelings-en sociaal-culturele standaarden van persoonlijke onafhankelijkheid en sociale verantwoordelijkheid. Zonder blijvende ondersteuning beperken de deficiënties in het aanpassingsvermogen het functioneren in een of meer aspecten van het dagelijkse leven, waaronder communicatie, deelname aan het sociale leven, schools of beroepsmatig functioneren en persoonlijke onafhankelijkheid thuis of in de directe sociale omgeving. [↑](#footnote-ref-1)