

Stempel des Kooperationspartners

Wohnen für Hilfe; Erfassungsbogen für Wohnraumgeber

(Die Daten die mit * gekennzeichnet sind, müssen ausgefüllt sein)

gewünschter Einzugstermin	
---------------------------	--

1. Persönliche Angaben

Name und Vorname*		
Geburtsdatum*		
PLZ und Wohnort*		
Straße und Hausnummer*		
Telefonnummer(n)*	Festnetz	Mobilnummer
E-Mail-Adresse* (wenn vorhanden)		
Konfession		
Familienstand*		
früherer Beruf		
Raucher/in*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haustiere?*	welche	
Hobbies		
Nationalität		
Fremdsprachen		

2. Wohnsituation

Wohnen Sie allein?*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, mit wem?*		
Wohnen Sie in einem Haus oder in einer Wohnung?*	<input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung	Wohnfläche _____ m ² Gartenfläche _____ m ²

3. Bezugspersonen

Name und Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ und Wohnort		
Straße und Hausnummer		
Telefonnummer(n)	Festnetz	Mobilnummer
E-Mail-Adresse		
wie verwandt? oder befreundet?		

Name und Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ und Wohnort		
Straße und Hausnummer		
Telefonnummer(n)	Festnetz	Mobilnummer
E-Mail-Adresse		
wie verwandt? oder befreundet?		

Name und Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ und Wohnort		
Straße und Hausnummer		
Telefonnummer(n)	Festnetz	Mobilnummer
E-Mail-Adresse		
wie verwandt? oder befreundet?		

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht erteilt?*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, an wen?		
Gibt es eine gesetzliche Betreuung?*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wer?		

Adresse für den Notfall		
Name und Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ und Wohnort		
Straße und Hausnummer		
Telefonnummer(n)	Festnetz	Mobilnummer
E-Mail-Adresse		

4. Gesundheitliche Situation

Welche körperlichen Einschränkungen liegen vor?*		
Welche psychischen oder geistigen Einschränkungen liegen vor?*		
Pflegegrad*		
Schwerbehindertenausweis*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Grad

5. Ambulante Versorgung

Reinigungskraft*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Essen auf Räder*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ambulanter Pflegedienst* (Name und Anschrift)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nachbarschaftshilfe* (Name und Anschrift)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hausarzt* (Name und Anschrift)	
Sonstige Dienste	

6. Gewünschte Hilfeleistung*

Beispiel	Was genau
Hausarbeit	
Mahlzeiten zubereiten	
Gartenarbeit	
Versorgung von Tieren	
Begleitdienste	
Anwesenheit zur Sicherheit	
Gesellschaft leisten	
Handwerkliches	
Computer, Handy & Co.	
Formular und Behörden	
Sonstiges	
Wie viele Stunden Hilfe pro Woche benötigen Sie?	

7. Wünsche zur Wohnpartnerschaft (Mehrfachnennungen möglich)*

<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> Paar
<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Führerschein	<input type="checkbox"/> gute Deutschkenntnisse
Sonstige Wünsche für die Wohnpartnerschaft/Was würde Sie besonders stören?		

8. Zur Verfügung gestellter Wohnraum*

Wohnfläche des Zimmers	
Wohnfläche einer eigenen Wohnung/Apartment	
Art der Heizung	
<input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> nicht möbliert <input type="checkbox"/> teilweise möbliert <input type="checkbox"/> Internetanschluss vorhanden <input type="checkbox"/> kein Internetanschluss <input type="checkbox"/> eigenes Bad/Toilette vorhanden <input type="checkbox"/> eigene Kochmöglichkeit vorhanden weitere Informationen:	
Darf der Wohnraum durch eigene Möbel, Anstrich etc. verändert werden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ggf. in welchem Umfang:	
Räume/Geräte zur gemeinsamen Nutzung <input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> Wohnzimmer <input type="checkbox"/> Keller <input type="checkbox"/> Garten <input type="checkbox"/> Terrasse <input type="checkbox"/> Balkon <input type="checkbox"/> Waschmaschine <input type="checkbox"/> Trockner <input type="checkbox"/> Auto (spezielle Vereinbarungen nötig!) <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
gewünschte monatliche Nebenkostenpauschale	
gewünschte Kaution	

9. Sonstiges

Wie haben Sie von dem Projekt erfahren?

- Flyer
- Zeitung
- anderes und zwar:

Wir möchten das Projekt Wohnen für Hilfe im Landkreis Unterallgäu bekannt machen. Wären Sie bereit, bei Anfragen über Ihre Erfahrungen mit der Wohnpartnerschaft zu berichten? Dürfen dazu Ihre Kontaktdaten an Medien etc. weitergegeben werden?

- Ja Nein

Ihre Daten sind uns wichtig, deshalb werden Ihre persönlichen Daten auf dem Fragebogen nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Daten werden für die Vermittlung der Wohnpartnerschaft längstens für ein Jahr gespeichert und danach gelöscht.

Die Vermittlung von Wohnraumgebern und Wohnraumnehmern wird über die Kooperationspartner des Landkreises Unterallgäu mit deren hauptamtlichen Mitarbeiter/innen gewährleistet. Bei Anfragen von geeigneten Wohnraumnehmern nimmt der Kooperationspartner des Landkreises direkt mit passenden Wohnraumgebern Kontakt auf. Das Erstgespräch mit Besichtigung des Wohnraumes erfolgt nach beidseitigem Einverständnis mit dem/der zuständigen hauptamtlichen Mitarbeiter/in des jeweiligen Kooperationspartners.

Hinweis: Der Kooperationspartner fungiert nur als Vermittler und Projektbegleiter. Ihm sind nur die Daten aus den Erfassungsbögen für Wohnraumgeber und -nehmer bekannt. Weitere Daten werden nicht erhoben oder ermittelt.

Ort, Datum

Unterschrift