

PERSPECTIEFPLAN Wmo. 2.0

1. Algemene gegevens

Melder

Ingevuld door	
Telefoonnummer	
Ingevuld op (datum)	

Aanvrager:

Naam			
Adres			
Postcode, woonplaats			
Leeftijd			
BSN			
Geslacht			
Telefoonnummer		Mobiel	
E-mail			

Partner

Naam	
Leeftijd	
Geslacht	
Samenwonend met aanvrager	
Telefoonnummer	
E-mail	

Inwonende gezinsleden:

Naam	
Leeftijd	
Geslacht	
Samenwonend	
Telefoonnummer	
E-mail	
Relatie tot aanvrager	

Contact opnemen met:

Contact met	
-------------	--

Contactpersoon:

Iemand anders, namelijk:

Naam	
Leeftijd	
Geslacht	
Samenwonend	

Telefoonnummer	
E-mail	
Relatie tot aanvrager	

Wat is uw vraag? Wat is de reden dat u deze melding doet?

Wat zou u graag anders willen zien of willen veranderen?

Wat doet u zelf op dit moment om de situatie te verbeteren?

Door wie wordt u op dit moment ondersteund?

Ontvangt u mantelzorg: ☐ Ja ☐ Nee

Wilt u andere informatie delen?

Maakt u zich zorgen om de (emotionele) veiligheid van uzelf of een van uw gezinsleden?
☐ Ja ☐ Nee

Waarover bent u trots, tevreden?

2. Beschrijving

Datum gesprek:	
Wijze van onderzoek:	
Wie zijn er aanwezig bij het gesprek:	
Naam:	Tel.:
Locatie van het gesprek:	

Identiteitscontrole uitgevoerd:	
Soort document:	
Vervaldatum:	
Reden geen identiteitscontrole:	
Toelichting:	

Wonen en thuis

Functioneren en ontwikkeling/ Werk en opleiding
Dagbesteding, dagelijkse bezigheden
Sociale contacten en netwerk
Vrije tijd en sport
Lichamelijke gezondheid
Psychische gezondheid
Financiële situatie

Andere hulpverlening

Heeft u op dit moment hulp of ondersteuning? Zo ja, van wie en welke hulp of ondersteuning ontvangt u? Heeft u zorg of zorg ontvangen van: ▫ Wet Langdurige Zorg ▫ Zorgverzekeringswet ▫ Wet maatschappelijke ondersteuning ▫ Jeugdwet ▫ Participatiewet
Andere betrokken instanties:
Belangrijke aanvullende informatie:
Is er aanvullende informatie gevraagd/aangeleverd: Toelichting:

Wat is de huidige situatie?:

--

Wat wilt u bereiken?

Resultaat:		
Hoe wilt u dit bereiken?		
Doel:	Wie?	Start:
Inzet door zorgaanbieder? ☐ Ja ☐ Nee		
Doel:	Wie?	Start:

Resultaat:		
Hoe wilt u dit bereiken?		
Doel:	Wie?	Start:
Inzet door zorgaanbieder? ☐ Ja ☐ Nee		
Doel:	Wie?	Start:

Resultaat:		
Hoe wilt u dit bereiken?		
Doel:	Wie?	Start:

Inzet door zorgaanbieder? ☐ Ja ☐ Nee		
Doel:	Wie?	Start:

Resultaat:		
Hoe wilt u dit bereiken?		
Doel:	Wie?	Start:
Inzet door zorgaanbieder? ☐ Ja ☐ Nee		
Doel:	Wie?	Start:

Advies en motivering:

Is een eigen bijdrage van toepassing? ☐ Ja ☐ Nee, omdat

Regisseur:

Naam:	Tel.:	E-mail:
--------------	--------------	----------------

Hierbij geef ik toestemming om het perspectiefplan te delen met de zorgaanbieder:

Datum:	Naam:
Handtekening:	
Ondertekening door gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger	
Naam:	Relatie:
Handtekening:	

3. Toelichting zorgaanbieder

Verslag intake zorgaanbieder:

Doelen (acties) bij resultaten aangevuld:

☐ Ja ☐ Nee, omdat

Evaluatie:

Datum:	Wie:	Onderwerp:

Hierbij ga ik akkoord met het perspectiefplan:

Datum:	Naam:
Handtekening:	
Ondertekening door gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger	
Naam:	Relatie:
Handtekening:	