

PERSPECTIEFPLAN Jeugd, versie 2.0

1. Algemene gegevens

Melder

Ingevuld door	
Ingevuld op	

Jeugdige:

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

Ouder/verzorger:

Naam			
Adres			
Postcode, woonplaats			
Leeftijd		Geslacht	
Telefoonnummer			
E-mail			
Gezag	☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet van toepassing		

Ouder/verzorger:

Naam			
Adres			
Postcode, Woonplaats			
Leeftijd		Geslacht	
Telefoonnummer			
E-mail			
Gezag	☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet van toepassing		

Gezinsleden:

Naam			
Leeftijd		Geslacht	
Adres, Woonplaats			
Relatie tot jeugdige			

Naam			
Leeftijd		Geslacht	
Adres, Woonplaats			

Relatie tot jeugdige	
----------------------	--

Naam			
Leeftijd		Geslacht	
Adres, Woonplaats			
Relatie tot jeugdige			

Andere belangrijke personen:

Naam			
Leeftijd		Geslacht	
Telefoonnummer			
E-mail			
Relatie tot jeugdige			

Wat is uw vraag?

--

Wat zou u graag anders willen zien of willen veranderen?

--

2. Beschrijving

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

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

Wat doet u zelf om de situatie te verbeteren?

Wie steunt u op dit moment?
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

Toelichting:

Waarop bent u trots?

Wonen en thuissituatie

Functioneren, ontwikkeling en opvoeding

School, dagbesteding

Sociale contacten en netwerk

Vrije tijd en sport

Lichamelijke gezondheid

Geestelijke 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:

Samenvatting:

--

Wat wilt u bereiken?

Resultaat:		
Hoe wilt u dit bereiken?		
Doelen:	Wie:	Wanneer:
Inzet van zorgaanbieder? ☐ Ja ☐ Nee		
Doelen:	Wie:	Wanneer:

Resultaat		
Hoe wilt u dit bereiken?		
Doelen:	Wie:	Wanneer:
Inzet door zorgaanbieder? ☐ Ja ☐ Nee		
Doelen:	Wie:	Wanneer:

--	--	--

Resultaat:		
Hoe wilt u dit bereiken?		
Doelen:	Wie:	Wanneer:
Inzet van zorgaanbieder? ☐ Ja ☐ Nee		
Doelen:	Wie:	Wanneer:

Resultaat:		
Hoe wilt u dit bereiken?		
Doelen:	Wie:	Wanneer:
Inzet van zorgaanbieder? ☐ Ja ☐ Nee		
Doelen:	Wie:	Wanneer:

Advies en motivering:

--

Regisseur:

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

Contactpersoon lokale toegang:

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

Contactpersoon zorgaanbieder:

Organisatie:		
Naam:	Tel.:	E-mail:

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

Datum:	Plaats:
Handtekening ouder 1	Naam:
Handtekening ouder 2	Naam:
Handtekening Jeugdige	Naam:

3. Toelichting zorgaanbieder**Verslag intake zorgaanbieder:****Doelen bij resultaten aangevuld:**

☐ Ja ☐ Nee, omdat

Evaluatie:

Datum:	Wie:	Onderwerp:

Hierbij ga ik akkoord met het perspectiefplan:

Datum:	Plaats:
Handtekening ouder 1	Naam:
Handtekening ouder 2	Naam:
Handtekening jeugdige	Naam: