

2021

Leistungserbringerbestätigung

Falls  Doppeldiagnose, (ankreuzen was im Vordergrund steht

Suchtkrank

Psychisch

Drogen

An Amt für Soziale Dienste Fachdienst Teilhabe Hansator 11 28217 Bremen	Leistungserbringer/Absender
---	-----------------------------

1. Hiermit bestätigen wir unsere Bereitschaft zur

<input type="checkbox"/> Aufnahme	<input type="checkbox"/> Weiterführung	<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme im/ins
<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen in <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> WG	<input type="checkbox"/> besondere Wohnform	Arbeit und Beschäftigung <input type="checkbox"/> BOT <input type="checkbox"/> Andere Leistungserbringer

2. Für  weiblich  männlich  divers

Name, Vorname	Geburtsdatum
Bisherige Anschrift	bis
Anschrift und Ort der Maßnahme	seit

3. Beantragter Betreuungsumfang (Schlüssel/Hilfebedarfsgruppe/Fachleistungsstunden)

von	ab	Wechsel	am	auf
Bei auswärtigen Heimen, hier Angabe des vereinbarten Entgeltsatzes				

4. Rechtliche Betreuung

Name, Anschrift , Telefonnummer, e-Mail ,	Bereiche <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Vermögen
--	--

5. Derzeitiger Behandlungsaufenthalt (KH, BHZ, besondere Wohnform, seit)

6. Zuständig für Gesamtplan BHP/Verlaufsbericht	Zugang aus Warteliste <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Ergänzung	Führungsaufsicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

BHP bzw. Verlaufsbericht ist beigelegt

Datum	Name, Vorname + Unterschrift	Telefon
-------	------------------------------	---------