

Leistungserbringerbestätigung

Sucht

Bei Doppeldiagnose, bitte ankreuzen was im Vordergrund steht Psychisch

An das	Leistungserbringer/Absender
--------	-----------------------------

1. Hiermit bestätigen wir unsere Bereitschaft zur

Aufnahme	Weiterführung	Wiederaufnahme	im/ins
Betreuten Wohnen in EB WG	Heimwohnen	Arbeit und Beschäftigung Arbis GiB Tage, die sich lohnen	11.3 Betr. Beschäft.

2. Für weiblich männlich divers

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

3. Beantragter Betreuungsumfang (Schlüssel/Hilfebedarfsgr./Fachleistungsstd./Fallgr.)

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

4. Rechtlicher/e Betreuer/in

Name, Anschrift	Bereiche
Telefonnummer, E-Mail	Vermögen Aufenthalt Gesundheit Behörden

5. Derzeitiger Behandlungsaufenthalt (KHS, BHZ, Heim, seit)

6. zuständig für Gesamtplan BHP/Verlaufsbericht	Zugang aus Warteliste ja nein
7. Ergänzung	Führungsaufsicht ja nein

BHP bzw. Verlaufs-/Beschäftigungsbericht ist beigelegt

Datum	Vor- und Zuname (leserlich) + Unterschrift	Telefonnummer
-------	--	---------------