

# Bewerbungsanfrage zur Aufnahme in den Betreuungsverein 1:1, Straubing



Fachbereich:  SUCHT  FORENSIK

Vermittlung erfolgt über:  
(Einrichtung, Fachklinik, etc.)

Vorname und Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Therapie abgeschlossen am:

Therapie endet am:

Therapieeinrichtung:

Gewünschter Aufnahmetermin:

Derzeitige Wohnsituation:

Abhängigkeit besteht/bestand von:

Gesetzlicher Betreuer:

Substituiert:  Ja  Nein

Weitere Substitution seitens des Vereins erwünscht:  Ja  Nein

Gewünschte Wohnform:  Einzelwohnung  Therapeutische Wohngemeinschaft

Barrierefreiheit notwendig:  Ja  Nein

Arbeitsfähig:  Ja  Nein

Einkommenssituation:  Lohn/Gehalt  Arbeitslosengeld  Bürgergeld  Rente

Körperliche Beschwerden:

Medikation:

Hausarzt:

sonstige Ärzte:

Motivation:

Sonstiges (z.B. Führerschein):

Mit der telefonischen Kontaktaufnahme bin ich einverstanden:  Ja  Nein  
(Hinweis auf jederzeitigen Widerspruch bei Einwilligung zur tel. Kontaktaufnahme)

Bitte das Formblatt zurück senden an: [aufnahme@betreuung.verein-1zu1.de](mailto:aufnahme@betreuung.verein-1zu1.de) oder per Fax 09421/788 233 2

Eingang:

Eingetragen:

Telefonat:

Ablage: