

**Brede Vraagverheldering    ONDERSTEUNINGSPLAN    Startpunt Gemeente Wageningen**

**1. Algemeen**

<b>Persoonsgegevens cliënt:</b>	
Naam:	
Straat + huisnummer:	
Postcode + plaats:	
Telefoonnummer:	
BSN:	
Geboortedatum:	
Mailadres:	
Eventuele verblijfplaats:	
Naam huisarts:	
Telefoonnummer huisarts:	
Persoonlijk plan ingeleverd:	

<b>Contactgegevens contactpersoon:</b>	
Naam:	
Relatie tot cliënt:	
Straat + huisnummer:	
Postcode + plaats:	
Telefoonnummer:	
Mailadres:	

<b>Reden melding ondersteuningsvraag vanuit cliënt geformuleerd:</b>	
Datum:	
Aanmelder:	
Hulpvraag cliënt:	

<b>Aanwezigen bij het gesprek:</b>		
Naam:	Telefoonnummer:	Mailadres:



**7. Lichamelijke gezondheid**                      **1   2   3   4   5 score**

**8. Middelengebruik**                              **1   2   3   4   5 score**

**9. Basale ADL**                                      **1   2   3   4   5 score**

**10. Instrumentele ADL**                           **1   2   3   4   5 score**

**11. Sociaal netwerk**                              **1   2   3   4   5 score**

**12. Maatschappelijke participatie**           **1   2   3   4   5 score**

**13. Justitie**                                         **1   2   3   4   5 score**

**Supplement Ouderschap**

*(alleen invullen wanneer u de zorg heeft voor kinderen < 19 jaar)*

**14. Lichamelijke verzorging**                   **1   2   3   4   5 score**

**15. Sociaal emotionele ondersteuning**      **1   2   3   4   5 score**

**16. Scholing**                                       **1   2   3   4   5 score**

**17. Opvang**                                         **1   2   3   4   5 score**

#### 4. Herindicatie

*(Als u een herindicatie aanvraagt, verzoeken wij u om ook de onderstaande vragen te beantwoorden. Anders kunt u direct doorgaan naar punt 5)*

**Hoeveel uur begeleiding heeft u gemiddeld ontvangen de afgelopen periode?**

**Aan welke doelen heeft u de afgelopen periode gewerkt?**

**Wat heeft u de afgelopen periode met betrekking tot deze doelen bereikt?**

#### 5. Welke ondersteuning is er nodig?

**Wat zou u graag willen en wie kan u daarbij helpen?**

**Op welk ZRM domein kunt u zelf actie ondernemen (eigen regie)?**

**Op welk ZRM domein kunnen er sociaal netwerk of voorliggende voorzieningen worden ingezet?**

<p><b>Op welk ZRM domein is er een maatwerkvoorziening (indicatie) nodig? Graag motiveren waarom u een maatwerkvoorziening (indicatie) nodig heeft:</b></p>
<p><b>Welke resultaten wilt u behalen? Op welke termijn?</b></p>
<p><b>Welke activiteiten zijn er nodig om deze resultaten te behalen? En hoe gaat u bovengenoemde resultaten behalen? (vanuit begeleidingsplan/Plan van aanpak/Omaha)</b></p>

**6. Informatie zorgaanbieder** (De onderstaande vragen kunnen ingevuld worden door uw begeleider)

<p><b>Welke vorm van begeleiding/dagbesteding (productcode) levert u tegen welk uurtarief ?</b> <i>Beargumenteer de keuze licht, midden of zwaar*</i></p>
<p><b>Wat is de reden dat de cliënt bij u in zorg dient te blijven? Wat is uw toegevoegde waarde ten opzichte van andere aanbieders?</b></p>

## 7. Afsluiting

In geval van een herindicatie kunt u aangeven of u zelf de behoefte aan een persoonlijk gesprek telefonisch of aan huis. Ook kunt u aangeven of u nog aanvullingen heeft en welke bijlagen u eventueel meestuurt.

Wij verzoeken u om de meegestuurde toestemmingsverklaring in te vullen en te ondertekenen.

De ingevulde formulieren kunt u mailen naar [WMO@wageningen.nl](mailto:WMO@wageningen.nl).

Na ontvangst zal een WMO- consulent contact met u opnemen over de vervolgpcedure.

Ik wil graag een gesprek met een WMO-consulent omdat:

Eventuele aanvullingen:

Eventuele bijlagen:

*Toestemmingsverklaring voor zover deze nog niet is ingevuld*

## 8 Ondertekening ondersteuningsplan :

**Ondertekening:**

\_\_\_\_\_  
Handtekening cliënt:

\_\_\_\_\_  
Handtekening contactpersoon/begeleider:

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Datum: