



Ansuchen um Sozialbegleitung

(per Post oder per Fax 0316/8277074 oder per E-Mail office@prohumanis.at)

Antragstellende Institution (sofern vorhanden): Telefon:

Kontaktperson: E-Mail:

Soll Kontaktperson beim Ersttreffen dabei sein? Ja Nein

Klient:innendaten

Nr.

Aufnahmedatum:

Von Antragsteller:in auszufüllen:

°	 männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>	
Titel / Vorname / Nachname		Geburtsdatum	
Adresse		PLZ	ORT
Telefon		E-Mail	
Lebensunterhalt	Wohnverhältnis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> alleinlebend	
Ausbildung / (ehem.) Beruf		Aktuelle Ausbildungs- und Beschäftigungssituation	
.....		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Familienstand	Herkunftsland/Muttersprache	Versorgungspflichtige Angehörige	Kind im Haushalt
.....		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Situationsbeschreibung, familiäre Verhältnisse, soziales Umfeld, Bezugspersonen

Raucher*in°

ja nein

Haustier(e)°

ja nein

wenn ja, welche?

Erwachsenenvertreter*in

ja nein

Wünsche der/ des Antragssteller: in an die Inhalte der Ehrenamtlichen Sozialbegleitung:

Wann/Tag/Uhrzeit:

Wo sollen die Treffen stattfinden:

Bitte wenden





Ansuchen um Sozialbegleitung

(per Post oder per Fax 0316/8277074 oder per E-Mail office@prohumanis.at)

pro humanis

psychiatrische Diagnose(n) / klin. Aufenthalte° (für statistische Zwecke erforderlich)

Die Mitarbeiter*innen von **pro humanis** unterliegen grundsätzlich der Schweigepflicht gegenüber Dritten. Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine Daten mit entsprechenden Sicherheitsbestimmungen gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet und gespeichert sowie an die/den zugeteilte*n Sozialbegleiter*in weitergegeben werden dürfen. Ich stimme zu, dass zwischen antragstellender Institution (sofern vorhanden) und **pro humanis** beiderseits, meine Daten, wenn sie für die Sozialbegleitung relevant sind, weitergegeben werden dürfen. Genauere Informationen entnehme ich dem „Informationsblatt zum Thema Datenschutz“. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich keinen Rechtsanspruch auf die Leistung „Ehrenamtliche Sozialbegleitung“ habe.

.....
Datum, Unterschrift Klient:in
(unbedingt notwendig)

.....
Datum, Unterschrift antragstellende Institution
(sofern vorhanden)