

**Stadtmission Nürnberg e.V.**  
**Nachsorge - Betreutes Wohnen für Suchtkranke**

Martin-Treu-Str. 27  
90403 Nürnberg

Tel: 0911/ 37 65 63-0  
Fax: 0911/37 65 63-26  
Email: [nachsorge@stadtmission-nuernberg.de](mailto:nachsorge@stadtmission-nuernberg.de)  
Homepage: [www.nachsorge-nuernberg.de](http://www.nachsorge-nuernberg.de)

Hilfe im Leben



Stadtmission Nürnberg e.V.

## Anfragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über Ihr Interesse an einem Platz in unserer Nachsorge-Einrichtung der Stadtmission Nürnberg e.V.

Für die Aufnahme- und Betreuungsplanung benötigen wir den vor Ihnen liegenden Bogen ausgefüllt zurück. Dieser ist für Sie und uns wichtig. Er vereinfacht die Prüfung der Zugangsvoraussetzungen, der Kostenklärung und der Planung des benötigten Hilfebedarfs Ihres beabsichtigten Aufenthaltes in unserer Einrichtung. Bitte füllen Sie diesen daher vollständig aus.

Sollten Sie bei der Beantwortung der Fragen Unterstützung brauchen, wenden Sie sich an uns oder den zuständigen Mitarbeitenden Ihrer vermittelnden Einrichtung.

Um dann mit Ihrer Therapieeinrichtung/Beratungsstelle/AntragstellerIn und den zuständigen Kostenträgern Rücksprache nehmen zu können, benötigen wir von Ihnen eine Schweigepflichtsentbindung. Ein entsprechendes Formular ist am Ende beigefügt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

## I. Persönliche Daten

### 1. Adresse- und Kontaktdaten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Herkunftsland: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Handy/Tel.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### 2. Vermittelnde Einrichtung:

Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner (zuständige/r Sozialdienst / Therapeut/in oder Berater/in): \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### 3. Gewünschter Aufnahmetermin:

□ □ □ □ **2 0 1** □ □

Ist eine Therapieverlängerung/-verkürzung möglich, falls kein Platz zum Wunschtermin zur Verfügung steht?

Ja, bis \_\_\_\_\_  Nein

### 4. Kostenträger

Welcher Sozialhilfeträger/Jugendhilfeträger wird für die geplante Nachsorge/Betreutes Wohnen (in der Regel ist der letzte Hauptwohnsitz für den Zuständigkeitsbereich entscheidend) zuständig sein?

\_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

### 5. Justiz

Gibt es bei Ihnen Straftaten/Verurteilungen, offene Verfahren, eine Bewährung oder Auflagen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. Schulden

Haben Sie Schulden? Wenn ja, in welcher Höhe? Ist oder wird ein Insolvenzverfahren eingeleitet?

\_\_\_\_\_

## 7. Einkommen

Bitte ankreuzen sowie die **derzeitige und zukünftige** Höhe angeben.

		<u>Derzeitige Höhe</u>	<u>Nach Therapie/ bei Aufnahme</u>
Übergangsgeld (DRV)	<input type="checkbox"/>	_____	_____
ALG I	<input type="checkbox"/>	_____	_____
ALG II	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Taschengeld	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Lohn/ Gehalt	<input type="checkbox"/>	_____	_____
EU-Rente	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	_____	_____

## 8. Beruflicher Werdegang

Bitte kreuzen Sie hier an, ob Sie einen Schulabschluss oder eine Ausbildung gemacht haben. Wenn ja, welcher Art (Quali, Mittlere Reife etc.) und welcher Beruf und welches Abschlussjahr? Was waren Ihre letzten beiden Arbeitsstellen und als was haben Sie dort gearbeitet?

**Schulabschluss**       Vorhanden    →    Jahr: \_\_\_\_\_    Art: \_\_\_\_\_  
 Keinen

**Ausbildung**       Vorhanden    →    Jahr: \_\_\_\_\_    Beruf: \_\_\_\_\_  
 Keine

**Arbeitsstellen:**      Von: \_\_\_\_\_    Bis: \_\_\_\_\_    Firma: \_\_\_\_\_  
(die letzten Beiden)    Tätigkeit: \_\_\_\_\_

                             Von: \_\_\_\_\_    Bis: \_\_\_\_\_    Firma: \_\_\_\_\_  
                             Tätigkeit: \_\_\_\_\_

## 9. Geplanter beruflicher Werdegang

Wovon wollen Sie leben? Haben Sie Ideen zu Ausbildung, Beruf, Arbeit?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**4. Suchtdiagnose(n):**

---

**5. Zusatzdiagnose(n)/ psychische Auffälligkeiten / körperliche Einschränkungen :**

---

---

**6. Aktuelle / geplante Medikation - inkl. Dosis für oder gegen was ?**

---

---

**7. Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen bezüglich Ihrer Berufswahl oder Freizeitgestaltung?**

---

---

**8. Sind Sie erwerbsgemindert oder –unfähig? Haben Sie infolge dessen einen Schwerbehindertenausweis? Wenn ja, wie viel Prozent?**

---

**9. Ihre Ziele in Nürnberg: was möchten Sie erreichen, welche Unterstützung benötigen Sie noch, etc.?**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter folgender Einrichtungen / Institutionen / Behörden gegenseitig von ihrer Schweigepflicht in Bezug auf die für die Kostenbeantragung notwendigen Daten:



**1. Meine derzeitige Therapieeinrichtung / Fachklinik / Beratungsstelle/ sonst.:**

.....  
Name der Einrichtung / Ansprechperson

.....  
Anschrift

.....  
Telefon / Telefax Nr.

**2. Die Nachsorge-Einrichtung der Stadtmission Nürnberg e.V.,  
Martin-Treu-Str. 27, 90403 Nürnberg, TEL: 0911.37.65.63.0 FAX: 0911.37.65.63.26**

**3. Den/das zuständige/n Sozialhilfeträger / Jugendamt meines Hauptwohnsitzes vor Therapiebeginn**

.....  
Amtsname und Stadt / Ansprechperson

.....  
Anschrift

.....  
Telefon / Telefax Nr.

**4. Meinen derzeitigen Kostenträger (der Therapie): DRV, Krankenkasse od. Sozialhilfeträger**

.....  
Name des Kostenträgers / Ansprechperson

.....  
Anschrift:

.....  
Telefon / Telefax-Nr.

**5. Das zuständige Jobcenter / Arbeitsamt des Wohnortes vor Therapie**

.....  
Name des Kostenträgers / Ansprechperson

.....  
Anschrift:

.....

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**