

# Bedarfsumfrage für Erweiterung des Ambulant betreuten Wohnens



des Oberlausitzer Lebens- und Familienhilfe e.V.

Name des Interessenten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Landkreis: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Art der Behinderung: \_\_\_\_\_

- Geistige Behinderung
- Körperbehinderung durch Lähmung / Amputation
- andere Körperbehinderung
- Spastiker
- Epileptiker
- Blindheit / starke Sehbehinderung
- Gehörlosigkeit
- andere Behinderung (bitte benennen)

Besonderheiten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Grad der Behinderung (Behindertenausweis): \_\_\_\_\_

Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Erhalten Sie weitere Leistungen zur Unterstützung:

- Zusätzliche Betreuungsleistungen
- Rentenbezug
- Grundsicherung



Oberlausitzer Lebens- und Familienhilfe e.V.  
Daimlerstraße 1 – 02625 Bautzen - Deutschland



Inklusion in Sachsen  
ICH BIN  
die Gesellschaft  
DU BIST

**Höhe und Besonderheiten des Betreuungsaufwandes:**

---

---

**Welcher Bedarf an Hilfsangeboten bestände, wenn der Angehörige mit Behinderung nach Abschluss der Schulzeit weiter im häuslichen Bereich verbleibt?**

(z.B. Hilfen durch den Familienentlastenden Dienst – Betreuung und Begleitung stundenweise am Tag / tageweise / stundenweise in der Woche / stundenweise am Wochenende / stundenweise am Abend, ganztags durch tagesstrukturierende Angebote o.a. (bitte hinzufügen)).

---

---

---

**Aktuelles Wohnangebot:**

**Ambulant betreutes Wohnen**

(Wohnen in einer eigenen Wohnung mit Hilfestellung und Unterstützung bei der Gestaltung des Lebensalltages und der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft – Beispiel Projekt „Thomas-Müntzer-Straße 15 a/b“).

ICH ZEIGE INTERESSE AN (bitte ankreuzen)

- Derzeit besteht die Möglichkeit dieses Projekt um eine neue Wohngruppe für 6 Bewohner zu erweitern (Thomas-Müntzer-Str. 15 a/b 3. OG). Wir haben Interesse daran.
- und es besteht die Möglichkeit dieses Projekt um eine neue Wohngruppe für 3 Bewohner zu erweitern (Thomas-Müntzer-Str. 17c Hochparterre). Wir haben Interesse daran.

**Besucht der Angehörige mit Behinderung nachfolgende Einrichtungen:**

- 1. Werkstatt / Förder- und Betreuungsbereich
- 2. Berufstätig 1. Arbeitsmarkt
- 3. Berufstätig 2. Arbeitsmarkt
- 4. In Ausbildung
- 5. Nicht berufstätig



**Das oder ein Wohnangebot wird benötigt ab (Jahr):**

(eventuell Begründung)

---

---

**Bisheriger Entwicklungsweg (z.B. KiTa, Schule und weiterführende Betreuung):**

---

---

**Wo wünschen Sie sich eine Betreuung für Ihren Angehörigen mit Behinderung bzw. durch welchen Verein und warum:**

---

---

---

---

**Durch wen erhalten Sie zurzeit Unterstützung bei der Betreuung / Pflege?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Familienangehörige  | <input type="checkbox"/> Nachbarn / Bekannte |
| <input type="checkbox"/> Wohlfahrtsverbände  | <input type="checkbox"/> Sozialstation       |
| <input type="checkbox"/> andere Organisation | <input type="checkbox"/> Keine               |

**Inanspruchnahme des FED / FUD (Familientlastenden / Familienunterstützenden Dienstes)**

- \_\_\_ Tage wöchentlich  
\_\_\_ Tage monatlich  
\_\_\_ Tage durchschnittlich



**Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig!**

**Durch wen wird der Angehörige mit Behinderung derzeit im häuslichen Bereich betreut?**

---

---

Alter der Eltern: \_\_\_\_\_ alleinerziehend / verheiratet / geschieden

**Sonstige notwendige Angaben / Anfragen:**

---

---

---

---

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Rücksendung an:**

Oberlausitzer Lebens- und Familienhilfe e.V.  
Geschäftsstelle –AbW Bedarfsanfrage–  
Daimlerstraße 1  
02625 Bautzen

