



Sozialdienst & Kundenservice

e-mail: sozialdienst.wohnen@pfennigparade.de

Schleißheimer Str. 282
80809 München
Tel.: 089 8393 6631
Fax: 089 8393 6639

Name	Vorname	Familienstand
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit/Aufenthaltstitel
Nicht deutsches Geburtsland	Zuzugsdatum	Nicht deutsche Sprache(n)gruppe
Ist der/die SchülerIn behindert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ist der/die SchülerIn LegasthenikerIn? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bekenntnis
Anschrift		
Telefon/Handy/Fax/e-mail		
Schulabschluss/Berufsausbildung bzw. letzte Tätigkeit		Beruf (nur bei FOS-Anmeldungen)
Geschwister (Name, Geburtsjahr)		
Vater	Geburtsdatum Geburtsname	
Familienstand	erziehungsberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf/Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> halbtags	
Anschrift		
Telefon privat/Handy/Fax/e-mail		Telefon dienstlich/Fax/e-mail
Mutter	Geburtsdatum Geburtsname	
Familienstand	erziehungsberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf/Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> halbtags	
Anschrift		
Telefon privat/Handy/Fax/e-mail		Telefon dienstlich/Fax/e-mail
evtl. andere Erziehungsberechtigte/gesetzlicher Betreuer/Vormund/Bevollmächtigte bitte Kopie des Betreuerausweises/Bestallungsurkunde/Vollmacht beifügen		
Anschrift/Telefon		

Name der Bewerbers

Bezeichnung der Behinderung				seit wann			
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Gehstöcke	<input type="checkbox"/> Geh-/Stehapparat	<input type="checkbox"/> Atemgerät				
	<input type="checkbox"/> Orthesen	<input type="checkbox"/> Pflege-/Stehbett	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde				
	<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> Stehbrett	<input type="checkbox"/> Kommunikator				
	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Lifter	<input type="checkbox"/> Kopfschreiber				
	<input type="checkbox"/> Aktiv-Rollstuhl	<input type="checkbox"/> WC-/Duschstuhl	<input type="checkbox"/> sonstige				
<input type="checkbox"/> Elektro-Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Esshilfe						
Pflegebedarf							
<i>Hilfe erforderlich bei:</i>		Gelegentlich	Häufig	Ständig			
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauswirtsch. Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen/Stehen/ Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen/Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anlagen/Gebrauch von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katheterisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges			
Blasen-/Darmentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epileptische Anfälle		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann zuletzt			
Anfallsart				Häufigkeit/Tagesszeit			
Sonstige gesundheitliche Erkrankungen/Einschränkungen z.B.: Allergie, Diät, psychische Erkrankungen							
Suchtmittelabhängigkeit		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Aktuelle Medikamente/Medikation							
Derzeit behandelnde Ärzte, Therapeuten, Psychologen etc.	Fachgebiet			Häufigkeit			
			
			
			
			
Gewünschte Therapien (so weit möglich)	Physiotherapie			Ergotherapie			
	Logopädie						
Angaben bisheriger Therapiearten; Häufigkeit pro Woche						
						

Name des Bewerbers

Wichtige/letzte Klinikaufenthalte / Rehabilitationsmaßnahmen	von – bis	Name der Klinik/Einrichtung	Aufenthaltsgrund
Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grad der Behinderung (GdB)	
Ist ein Pflegegrad vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Krankenkasse	Name	Anschrift/Telefon	
Voraussichtlicher Kostenträger für den Aufenthalt in der Pfennigparade (z.B. überörtl. Sozialhilfeträger in Bayern: Bezirk, Agentur für Arbeit, Versicherung, Berufsgenossenschaft)	Name	Anschrift/Telefon/Ansprechpartner	
Gewünschte Aufnahme in die Pfennigparade zum	In eine Wohngruppe für <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Werkstattbeschäftigte <input type="checkbox"/> Intensivförderung für schwerstbehinderte Menschen auch mit Atemlähmung <input type="checkbox"/> Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen		
Aufenthalt tagsüber seit bzw. gewünschte Aufnahme zum.....	<input type="checkbox"/> SVE <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Tagesstätte <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen <input type="checkbox"/> Förderstätte <input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> externer Schüler <input type="checkbox"/> sonstiges		
Taxi /Fahrdienst notwendig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Transport im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Jetziger Wohn- bzw. Aufenthaltsort seit	(bei Einrichtungen: Name der Einrichtung, Anschrift, Telefon, Ansprechpartner)		

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers bzw. des gesetzlichen Vertreters

.....

.....