

## **VORMERKFORMULAR**

dient zur Aufnahme in die Warteliste

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

Eine Aufnahme als Klient/in bei der KoMiT GmbH führt über folgende Schritte:

1. Der **Aufnahmeprozess beginnt mit der Zusendung des** von der Bewerberin / dem Bewerber oder einer gesetzlichen Vertreterin / einem Vertreter **ausgefüllten Vormerkformulars an die Verwaltung der KoMiT GmbH** in der Wattgasse 48/25, 1170 Wien.  
Das Vormerkformular (das Formular ist auf [www.komit.at](http://www.komit.at) verfügbar) kann elektronisch per E-Mail, per Post oder per FAX zugesendet werden.
2. Notwendig ist das Vorhandensein einer gültigen Bewilligung des Kostenträgers, z.B. des Fonds Soziales Wien oder einer Gebietskörperschaft, für die jeweilig gewünschte Unterstützungsform.  
**Eine Aufnahme erfolgt nach Vorliegen einer gültigen Bewilligung!**  
Zudem muss im Rahmen der Kontingente der KoMiT GmbH ein Platz zur Verfügung stehen.
3. **Vor dem Einstieg** in eine Einrichtung sind ein **Erstgespräch**, sowie ein oder mehrere **Schnuppertage** in der geplanten Einrichtung **obligatorisch**.
4. Der Aufnahmeprozess wird mit der Unterzeichnung des Heimvertrags oder der Betreuungsvereinbarung (für die Tagesstruktur oder teilbetreutes Wohnen) – durch die Bewerberin / den Bewerber oder die gesetzliche Vertreterin / den gesetzlichen Vertreter – abgeschlossen.  
**Eine Aufnahme erfolgt nach Vorliegen einer unterschriebenen Betreuungsvereinbarung oder eines unterschriebenen Heimvertrags!**
5. Alle im Aufnahmeantrag enthaltenen Daten unterliegen dem Datenschutz entsprechend der Bestimmungen des DSGVO 2018 in geltender Fassung.
6. Sollten Sie noch **Fragen** haben unser Büro ist unter der Nummer **01 / 3692412** erreichbar.

## **WARTELISTE FÜR**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- TEILBETREUTES WOHNEN (=TBW)  
 VOLLBETREUTES WOHNEN (=VBW)  
 TAGESSTRUKTUR (=TS)  
 FAHRTENDIENST GEWÜNSCHT       JA       NEIN

### DRINGLICHKEIT:

- Hoch       Wunschdatum:\_\_\_\_\_

## **ANTRAGSSTELLER/IN**

Name:\_\_\_\_\_

Telefon und oder E-Mail:\_\_\_\_\_

1. **ANGABEN BEWERBER/IN**      weiblich       männlich       andere

1.1. VORNAME: \_\_\_\_\_

1.2. NACHNAME: \_\_\_\_\_

1.3. GEBOREN AM: \_\_\_\_\_ GEBURTSORT: \_\_\_\_\_

1.4. STAATSBÜRGERSCHAFT: \_\_\_\_\_

1.5. SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  selbstversichert

mitversichert bei: \_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

## 2. WOHNSITUATION UND ERREICHBARKEIT

Adresse: \_\_\_\_\_

eigene Wohnung     bei Eltern / Angehörigen     Institution/KH     ohne festen Wohnsitz

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**GESETZLICHE/R VERTRETER/IN** (Bitte Sachwalterbestellung/ Vertretungsbefugnis in Kopie beilegen!)

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## 2. FINANZIELLER RAHMEN

Eigene Erwerbstätigkeit     Waisenpension     Eigene Pension

Mindestsicherung     Notstandshilfe/Arbeitslosenbezug

Erhöhte Familienbeihilfe     Pflegegeld; Stufe: \_\_\_\_\_

## 3. BEWILLIGUNG DES KOSTENTRÄGERS (z.B. FSW; Bewilligung bitte in Kopie beilegen!)

**VORHANDEN** für  Wohnen  Tagesstruktur  Fahrtendienst

Befristung bis: \_\_\_\_\_ Bewilligungsdatum: \_\_\_\_\_

**BEANTRAGT** seit: \_\_\_\_\_

für  Wohnen  Tagesstruktur  Fahrtendienst

#### 4. MEDIZINISCHE BELANGE, SCHULISCHER UND BERUFLICHER HINTERGRUND

##### 6.1. Art der Beeinträchtigung/ Erkrankung

intellektuelle Beeinträchtigung       psychische Erkrankung

körperliche Beeinträchtigung:

Diagnose(n):

##### 6.2. Hilfsmittel:

Brille       Hörgerät       Zahnersatz       Rollstuhl       Sonde

andere Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

##### 6.3. Medikation: (Verordnungen bitte in Kopie beilegen!)

Dauermedikation                      und / oder                       Bedarfsmedikation

##### 6.4. Sozialer Hintergrund:

Sprache, Religion, kultureller Hintergrund, Vorlieben, Fähigkeiten, Hobbys, Interessen:

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

## 6.5.Schulischer & beruflicher Hintergrund

Welche Schule wurde zuletzt besucht:\_\_\_\_\_

Sollte zum Zeitpunkt des Antrags noch die Schule besucht werden, welches Schuljahr:\_\_\_\_\_

Berufliche Ausbildung / derzeitige Beschäftigung:

Tagesstruktur (wenn JA: Bitte Träger/ Einrichtung anführen):

NEIN

JA

Sonstige Anmerkungen:

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

**Die KoMiT GmbH**