

**Anmeldeformular für die Mitgliedschaft
im Sozialpsychiatrischen Verbund Wolfenbüttel**

Einrichtungsträger / Person

Name, Adresse, E-Mail, Telefonnummer:

Hilfeangebot / Abteilung / Leistungserbringer

Name, Adresse, E-Mail, Telefonnummer:

Erbracht werden folgende Leistungen

- Selbsthilfe teilstationär
 ambulant stationär sonstige; welche? _____

Kostenträger ist / sind

- Kommune / örtl. Sozialhilfe- / Jugendhilfeträger
 Krankenversicherung
 Rentenversicherung
 überörtlicher Sozialhilfeträger
 sonstige Kostenträger; welche? _____

Einzugsgebiet (Mehrfachnennung möglich)

- Landkreis Wolfenbüttel ganz Niedersachsen
 bundesweit /mehrere Bundesländer definierter Bezirk in Niedersachsen, über LK WF hinausgehen

Konkrete Hilfen in folgenden Bereichen (Mehrfachnennung möglich)

- Angehörigenarbeit
- Ambulante Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen
- Arbeit und berufliche Reha
- Behandlung / Pflege / med. Reha (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Beratung
- Frauen- / Männerspezifisches Angebot (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Forensische Hilfsangebote
- Gerontopsychiatrische / Geriatrische Angebote
- Hilfen für Kinder- und Jugendliche
- Hilfen für Suchterkrankte
- Selbsthilfe
- Tagesstruktur / Freizeitgestaltung
- Sonstige Angebote: _____

Mitwirkung in folgender Fachgruppe erwünscht

- Frauengesundheit Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung
- Sozialpsychiatrie Sucht

Wünsche / Anregungen an die Geschäftsführung oder den Fachrat

Ich melde / wir melden die o. g. Einrichtung / Person zur verbindlichen Mitgliedschaft im Sozialpsychiatrischen Verbund Wolfenbüttel an.

Ich erkenne / wir erkennen die Geschäftsordnung des Sozialpsychiatrischen Verbundes in ihrer gültigen Fassung an.

Ich bin / wir sind bereit mit anderen Mitgliedern des Sozialpsychiatrischen Verbundes zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung im Landkreis Wolfenbüttel mitzuwirken.

Ich bin / wir sind bereit aktiv am Sozialpsychiatrischen Plan mitzuwirken.

Ort, Datum

Unterschrift