

Beste verwijzer,

Opdat een cliënt door het SPPiT- Mobiel Team Verstandelijke Beperking begeleid kan worden, moeten een aantal voorwaarden vervuld zijn, namelijk:

- ✓ De cliënt woont, werkt of loopt school in de regio Vlaams Brabant: Halle – Vilvoorde (netwerk SaVHA?!)
- ✓ De cliënt is minimum 16 jaar;
- ✓ De cliënt heeft een verstandelijke beperking (IQ <70 voor de leeftijd van 18 jaar);
- ✓ Er is een sprake van psychiatrische- en/of gedragsproblemen.

Gelieve na te gaan of deze voorwaarden vervuld zijn alvorens dit document verder in te vullen.

Verwijzer	
Naam	
Datum aanmelding	
Organisatie	
Telefoonnummer	
E-mail	

Sociaal-administratieve gegevens	
Voornaam	
Achternaam	
Geboortedatum	
Straat + huisnummer	
Postcode + stad	
E-mail	
Telefoonnummer	
Geslacht	☐ M ☐ V ☐ X
Taal	☐ Nederlands ☐ Frans ☐ Engels ☐ Andere:
Rijksregisternummer	
Woonsituatie	☐ Alleenwonend ☐ Ouderlijk gezin ☐ Eigen gezin met partner ☐ Eigen gezin met kinderen ☐ Residentiële VAPH-setting: ☐ Beschut wonen ☐ MPC ☐ WZC ☐ Andere:
Burgerlijke staat	☐ Ongehuwd ☐ Gehuwd/samenwonend ☐ Gescheiden ☐ Weduwe/weduwenaar
Wettelijk vertegenwoordiger	☐ Cliënt ☐ Voogd ☐ Bewindvoerder (middelen) ☐ Bewindvoerder (persoon) ☐ Bewindvoerder (persoon en middelen)

Kinderen	☐ Ja ☐ Nee Leeftijd kinderen? • • • •
Indien er kinderen zijn, is er begeleiding voor hen?	☐ Ja, welke: ☐ Nee
Juridisch statuut	☐ Geen ☐ Probatie ☐ Voorwaardelijke invrijheidsstelling ☐ Internering ☐ Andere:
Status VAPH-aanvraag/ VAPH-nummer (indien gekend)	

Bepaling van de doelgroep	
Aard van de beperking	☐ Licht verstandelijke beperking ☐ Matig verstandelijke beperking ☐ Ernstig verstandelijke beperking ☐ Diep verstandelijke beperking ☐ Autisme spectrum stoornis (ASS) ☐ Motorische beperking ☐ Visuele beperking ☐ Auditieve beperking ☐ Niet aangeboren hersenletsel (NAH)
IQ (Indien gekend: zowel totaal IQ (TIQ), verbaal IQ (VIQ) als per formaal (PIQ) vermelden). Indien niet gekend, gelieve op te vragen.	
Schoolloopbaan (Indien buitengewoon onderwijs, graag school/scholen, type en opleidingsvorm (OV) vermelden). Indien niet gekend, gelieve op te vragen.	

Adaptief functioneren ¹	
Daginvulling	☐ Studie/opleiding: ☐ Werk (regulier arbeidscircuit): ☐ Sociale tewerkstelling (bv. beschutte werkplaats, arbeidszorg, ...): ☐ Vrijwilligerswerk: ☐ Begeleid werken: ☐ Dagcentrum VAPH/activiteitencentrum/ ontmoetingscentrum: ☐ Individuele activiteiten: ☐ Dagopname ziekenhuis: ☐ Andere:
Psychische kwetsbaarheid en/of gedragsproblemen	
DSM-diagnose (indien gekend)	
Beschrijving van het huidig functioneren	

¹ Deficiënties in het adaptieve functioneren die ertoe leiden dat de betrokkene niet kan voldoen aan de ontwikkelings- en sociaal-culturele standaarden van persoonlijke onafhankelijkheid en sociale verantwoordelijkheid. Zonder blijvende ondersteuning beperken de deficiënties in het aanpassingsvermogen het functioneren in een of meer aspecten van het dagelijkse leven, waaronder communicatie, deelname aan het sociale leven, schools of beroepsmatig functioneren en persoonlijke onafhankelijkheid thuis of in de directe sociale omgeving.

Wat is er veranderd?	
Wanneer is deze gedragsverandering begonnen? Duur?	
Wat heeft zich gelijktijdig voorgedaan?	Veranderingen in de psychologische toestand: Veranderingen in de lichamelijke toestand: Veranderingen in de contextuele toestand:
Hoe hebben de gedragsveranderingen zich gemanifesteerd?	

Zijn de gedragsveranderingen permanent en in alle omstandigheden?	
Middelengebruik (bijvoorbeeld alcohol, drugs, medicatie)	☐ Ja, welke: ☐ Nee
Risico agressief gedrag	☐ Verbaal ☐ Fysiek ☐ Verbaal en fysiek ☐ Nee
Suïcide gedachten	☐ NVT ☐ In verleden ☐ Momenteel aanwezig Extra info: gedachten/pogingen:
Welke hulp werd reeds gezocht? (bv. eerstelijnsdiensten, opnameverleden, VAPH-ondersteuning, geestelijke gezondheidszorg, ...)	

Professioneel netwerk <i>(psychiater/huisarts/psycholoog/thuiszorg/bewindvoerder/OCMW/...)</i>
Naam Dienst: Contactpersoon: Adres: Tel: E-mail: Betrokken in de zorg: ☐ ja ☐ neen Frequentie:
Naam Dienst: Contactpersoon: Adres: Tel: E-mail: Betrokken in de zorg: ☐ ja ☐ neen Frequentie:
Naam Dienst: Contactpersoon:

Adres:
Tel:
E-mail:
Betrokken in de zorg: ☐ ja ☐ neen
Frequentie:
Naam Dienst:
Contactpersoon:
Adres:
Tel:
E-mail:
Betrokken in de zorg: ☐ ja ☐ neen
Frequentie:

Hulpvragen	
<u>Hulpvraag cliënt:</u>	
<u>Hulpvraag vanuit het professioneel netwerk:</u>	
<u>Hulpvraag vanuit het natuurlijk netwerk:</u>	

Gelieve dit aanmeldingsformulier ingevuld te bezorgen aan
an.degreef@kamillus.broedersvanliefde.be of camille.taelman@kamillus.broedersvanliefde.be.
 Bij vragen kan u eveneens telefonisch contact opnemen via 0493/24.27.15 of 0491/86.16.53.