

# Ansuchen um Sozialbegleitung

(per Post oder per Fax 0316/8277074 oder per E-Mail office@prohumanis.at)



Antragstellende Institution (sofern vorhanden): ..... Telefon: .....

Kontaktperson: ..... E-Mail: .....

Soll Kontaktperson beim Ersttreffen dabei sein? Ja  Nein

## Klient\*innendaten

Nr.

Aufnahmedatum: .....

° ist von Klient\*in/antragstellender Institution auszufüllen

°	
.....	.....männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>
Titel / Vorname / Nachname	Geburtsdatum
.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Adresse	Migrant*in Herkunftsländ/Muttersprache
.....	.....
Telefon	E-Mail
.....	.....
Lebensunterhalt	Wohnverhältnis (alleinlebend? ja / nein)
.....	.....
Ausbildung / (ehem.) Beruf	Familienstand

<b>Situationsbeschreibung</b> °	Raucher*in°
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Haustier(e)°
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

<b>Familiäre Verhältnisse / Soziales Umfeld / Bezugsperson</b> °	Erwachsenenvertreter*in°
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

<b>Wünsche der Klientin/des Klienten</b> °	
<b>Was:</b>	
<b>Wann/Tag/Uhrzeit:</b>	<b>Wo sollen die Treffen stattfinden:</b>

<b>psychiatrische Diagnose(n) / klin. Aufenthalte</b> ° (für statistische Zwecke erforderlich)
--

Die Mitarbeiter\*innen von **pro humanis** unterliegen grundsätzlich der Schweigepflicht gegenüber Dritten. Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine Daten mit entsprechenden Sicherheitsbestimmungen gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet und gespeichert sowie an die/den zugeteilte\*n Sozialbegleiter\*in weitergegeben werden dürfen. Ich stimme zu, dass zwischen antragstellender Institution (sofern vorhanden) und **pro humanis** beiderseits, meine Daten, wenn sie für die Sozialbegleitung relevant sind, weitergegeben werden dürfen. Genauere Informationen entnehme ich dem „Informationsblatt zum Thema Datenschutz“. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich keinen Rechtsanspruch auf die Leistung „Ehrenamtliche Sozialbegleitung“ habe.

.....  
Datum, Unterschrift Klient\*in  
(unbedingt notwendig)

.....  
Datum, Unterschrift antragstellende Institution  
(sofern vorhanden)