

## Interessentenbogen / Aufnahmeantrag

für einen Platz in einer der beiden Wohn- und Betreuungseinrichtungen des GND e.V.

### Persönliche Daten:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Ausweis gültig bis:
ggf. Aufenthaltstitel:	
Familienstand:	Anzahl Kinder:
Schulabschluss:	Beruf:
Telefonisch erreichbar unter:	
ggf. Kontaktdaten der gesetzlichen Betreuung:	
Krankenkasse:	Versichertennr.:
Rentenversicherungsnr.:	

### Angaben zur aktuellen Situation:

- Ich bin derzeit inhaftiert.

JVA:	seit:
Art der Strafe: <input type="radio"/> U-Haft <input type="radio"/> Strafhaft <input type="radio"/> Ersatzfreiheitsstrafe	
Verurteilt wegen folgender Delikte:	
Entlassung am: <input type="radio"/> Endstrafe <input type="radio"/> 2/3-Termin	
Voraussichtliche Höhe des Überbrückungsgeldes:	
Anprechpartner*in in Haft (z.B. Sozialdienst):	

- Ich bin zurzeit ohne festen Wohnsitz.

Aktueller Aufenthaltsort (ggf. Adresse):	
Monatliches Einkommen:	Art des Einkommens:

### Angaben zum letzten Wohnsitz:

Letzte Meldeadresse:	
Art der Unterkunft: <input type="radio"/> eigene Wohnung <input type="radio"/> Elternhaus <input type="radio"/> Wohnheim	
<input type="radio"/> Notunterkunft <input type="radio"/> Therapieeinrichtung <input type="radio"/> Freunde/Bekannte	
Dauer des Aufenthaltes: von _____ bis _____	
Höhe und Art des Einkommens:	

### Ich benötige Hilfe in folgenden Bereichen:

- Ich habe Schulden.

Höhe der Schulden:	davon offene Geldstrafen:
Privatinsolvenz angemeldet? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein ggf. abgeschlossen am: _____	

- Ich habe eine Suchtproblematik.

<input type="radio"/> Ich konsumiere aktuell.	<input type="radio"/> Ich habe konsumiert bis:
<u>Substanzen:</u> <input type="radio"/> Alkohol <input type="radio"/> THC <input type="radio"/> Amphetamine <input type="radio"/> Tabletten	
<input type="radio"/> Crystal <input type="radio"/> Kokain/Crack <input type="radio"/> Heroin <input type="radio"/> sonstiges:	
Teilnahme am Substitutionsprogramm: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, seit:	
Letzter Therapieversuch am:	<input type="radio"/> abgeschlossen <input type="radio"/> abgebrochen

- Ich habe gesundheitliche und/oder psychische Schwierigkeiten.

Diagnosen:
Ich muss folgende Medikamente nehmen:
Folgendes sollte beachtet werden:

- Ich habe offene (strafrechtliche) Verfahren.

ggf. Bewährungsaufsicht bis:	ggf. Führungsaufsicht bis:
Zuständig*e Bewährungshelfer*in:	
<u>Status offener Strafsachen:</u> <input type="radio"/> Ermittlungsverfahren <input type="radio"/> Anklage	
<input type="radio"/> Hauptverhandlungstermin am:	Gericht:
Anwalt bzw. Anwältin:	

**Ich wünsche mir Unterstützung bei:**

- Bewältigung der Alltagssituation / Schaffung einer Tagesstruktur
- Behördengänge
- Erledigung von Post
- Ausfüllen von Anträgen
- Wiederbeschaffung von folgenden Dokumenten:
- Arbeitsplatzsuche oder Ausbildungsplatzsuche
- Wohnungssuche
- Ärzt\*innen- oder Therapieplatzsuche
- Aufarbeitung familiärer Konflikte (z.B. Kontaktaufnahme zu Kindern)
- Sonstiges und zwar:

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner gemachten Angaben. Täuschungen können ggf. auch nach einer Aufnahme beim GND e.V. zu einer Kündigung führen.

Ich bin damit einverstanden, dass sich die Mitarbeiter\*innen des GND e.V. über meinen Fall austauschen, um gemeinsam über eine mögliche Aufnahme zu entscheiden.

Ich bin darüber hinaus im Fall einer Aufnahme mit der Weitergabe meiner Daten an den Kostenträger (Landeswohlfahrtsverband Hessen) einverstanden.

Ich bin mit der Zahlung einer Kautions i.H.v. 80,- Euro einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift