



Intakeformulier CM-SPAAK voor de professionele doorverwijzer

Verstuur het VOLLEDIG ingevulde formulier naar de dienst CM-Spaak vrijwilligerswerk in de regio met in het onderwerp 'aanvraag CM-SPAAK + de gemeente van de klant'

Gelieve de kostprijs van € 3.57/uur te communiceren naar de klant.

Datum

Doorverwijzer

Naam en voornaam:	
Functie:	
Organisatie:	
Telefoonnummer:	
GSM:	
E-mail:	
Frequentie van contact:	

Klant

Rijksregisternummer:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CM-lid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
Naam en voornaam:				
Adres:				
Facturatieadres (indien ander):				
Telefoonnummer:				
GSM:				
E-mail:				
Geslacht:				
Statuut:	<input type="checkbox"/> Pensioen <input type="checkbox"/> Arbeidsongeschikt <input type="checkbox"/> Werkloos <input type="checkbox"/> Werkend			
	<input type="checkbox"/> Andere:			
Moedertaal:				
Kennis Nederlands:	<input type="checkbox"/> Begrijpen <input type="checkbox"/> Lezen <input type="checkbox"/> Schrijven <input type="checkbox"/> Spreken			

Contactpersoon (indien verschillend van klant)

Naam en voornaam:	
Adres:	
Telefoonnummer:	
GSM:	
E-mail:	
Relatie met de klant:	

Situatieschets

Doelgroep:
<input type="checkbox"/> Oudere <input type="checkbox"/> Persoon in kansarmoede <input type="checkbox"/> Persoon met een fysieke beperking
<input type="checkbox"/> Persoon met een mentale beperking <input type="checkbox"/> Andere:
Relevante medische informatie voor een vrijwilliger die administratieve hulp biedt:
<input type="checkbox"/> Mentale beperking:
<input type="checkbox"/> Zintuigelijke beperking:
<input type="checkbox"/> Meervoudige beperking:
<input type="checkbox"/> Motorische beperking:
<input type="checkbox"/> Psychische problematiek:
<input type="checkbox"/> Andere:

Woonsituatie

<input type="checkbox"/> Alleenwonend <input type="checkbox"/> Samenwonend <input type="checkbox"/> Gehuwd <input type="checkbox"/> Kinderen <input type="checkbox"/> Huisdieren <input type="checkbox"/> Hygiëne ...

Parkeren

<input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Betalend

Binnenhuis roken

Ja Neen

Financiële situatie

Zijn er financiële problemen of schulden gekend?:

Andere professionele diensten

Andere professionele diensten die reeds ingeschakeld zijn of ingeschakeld zullen (moeten) worden:

Extra informatie

Hulpvraag

Dringendheid van de vraag:

Wat moet er precies gebeuren?:

Geschatte frequentie:

Extra informatie persoonlijk dossier

Stuur het ingevulde formulier naar de dienst CM-Spaak vrijwilligerswerk in de regio:

zorgenvrijwilligerswerk.limburg@cm.be
zorgenvrijwilligerswerk.vlaamsbrabantbrussel@cm.be
zorgenvrijwilligerswerk.antwerpen@cm.be
zorgenvrijwilligerswerk.westvlaanderen@cm.be
zorgenvrijwilligerswerk.oostvlaanderen@cm.be