



## **INSCHRIJFFORMULIER zorgprogramma**

Dossier nummer:.....

Achternaam : .....

Voornaam(en) : ..... Geslacht M / V

Geboortedatum : dd/mm/jjjj .....

Nationaliteit : ..... Geloof: .....

Beroep : .....

Adres : .....

Postcode : ..... Plaats : .....

Telefoonnummer : .....Mobiël: .....

Fax nummer : .....E-mail : .....

Contactpersoon : .....Tel.nr. : .....

Email : .....Mobiël : .....

Wanneer wilt u dat de zorgverlener begint? : .....

Voor hoe lang wilt u dat de zorgverlener blijft? : .....

Uit hoeveel gezinsleden bestaat uw gezin? Aantal : .....

Gezinslid 1. Naam ..... Wat is de relatie tot hulpvrager .....

Gezinslid 2. Naam ..... Wat is de relatie tot hulpvrager .....

Gezinslid 3. Naam ..... Wat is de relatie tot hulpvrager .....

Gezinslid 4. Naam ..... Wat is de relatie tot hulpvrager .....

Omschrijf de beperking van de hulpvrager : .....

.....

.....

.....

---



Spreekt u naast Nederlands ook Engels of Duits : Engels goed/matig/zwak, Duits goed/matig/zwak

Heeft u huisdieren? Zo ja, welke : .....

Hobby's? .....

Accepteert u een mannelijke zorgverlener? : Ja / Nee

Mag de zorgverlener binnenshuis roken? : Ja / Niet overal / Nee

Mag de zorgverlener buitenshuis roken? : Ja / Nee

De werktijden van de zorgverlener zullen zijn:  
(Houdt u rekening met een werkweek van 30 tot 40 uur)

Ma. van ..... tot ..... van ..... tot .....

Din. van ..... tot ..... van ..... tot .....

Woe. van ..... tot ..... van ..... tot .....

Do. van ..... tot ..... van ..... tot .....

Vrij. van ..... tot ..... van ..... tot .....

Za. van ..... tot ..... van ..... tot .....

Zon. van ..... tot ..... van ..... tot .....

De vrije dag(en) zullen zijn : .....

Welke taken zal de zorgverlener uitvoeren?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verpleging              | <input type="checkbox"/> Persoonlijke verzorging | <input type="checkbox"/> Ondersteunende begeleiding |
| <input type="checkbox"/> Activerende begeleiding | <input type="checkbox"/> Huishoudelijke          | <input type="checkbox"/> Koken                      |
| <input type="checkbox"/> Boodschappen doen       | <input type="checkbox"/> Anders .....            |   |

Omschrijf de werkzaamheden van de zorgverlener .....

.....

.....

.....

.....

---



Omschrijf uw woning : .....

.....

.....

.....

Omschrijf de kamer van de zorgverlener : .....

.....

.....

.....

Wensen en of andere opmerking : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Hoe heeft u onze organisatie gevonden?

- Internet                       Het blad Eigenwijs                       Gezondheidswijzer
- Mond op mond reclame                       Informatiebijeenkomst
- Anders .....

Door ondertekening van het inschrijfformulier ga ik akkoord met de tarieven en algemene voorwaarden zoals u deze op onze website vindt.

Datum dd/mm/jjjj : ..... Plaats : .....

Naam : ..... Handtekening : .....

**CHECKLIST Inschrijfformulier zorgprogramma**



**Opgestuurd zijn:**

- Een volledig ingevuld inschrijfformulier
  
- Een brief in het Engels of Duits gericht aan de zorgverlener. In deze brief legt u uw situatie uit en wat u van de zorgverlener verwacht. Graag ontvangen wij de brief per e-mail. Ons e-mail adres is [info@wwa-n.nl](mailto:info@wwa-n.nl)
  
- Ten minste twee recente foto's van u en of uw gezin
  
- Bijschrijving van € 50 voor de inschrijving en het interview op rekeningnummer  
ABN-AMRO NL35ABNA0546693385  
ING NL27INGB0676244831  
t.n.v. WWA&N in Amsterdam