



Beitrittserklärung zum Gemeindepsychiatrischer Verbund Landkreis Hersfeld-Rotenburg

1. Name des Antragstellers (Institution)

Verbundpartner

Name, Vorname	
Anschrift:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	

Stellvertreter

Name, Vorname	
Anschrift:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	

2. Zielgruppe

- Kinder- und Jugendliche
- Erwachsene
- Ältere ab dem 60. Lj.
- Besondere Personengruppen
- Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten
- junge Menschen 18-25 Jahre

3. Schwerpunkt der Leistungserbringung

Welche Form wird erbracht?

- besondere Wohnformen
- ambulante Versorgung

Welche Leistungen werden erbracht?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Wohn- und Betreuungsangebot (ABW) |
| <input type="checkbox"/> Soziotherapie | <input type="checkbox"/> Teilhabe am Arbeitsleben |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Sucht- und Drogenberatung |
| <input type="checkbox"/> med. und berufl. Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> soz. Teilhabe, Eingliederungshilfe | <input type="checkbox"/> SGB XII bes. soz. Schwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Teilhabe an Bildung | |

4. Behandlungsfeld

- seelische Behinderung
- geistige Behinderung
- körperliche Behinderung
- psychische Erkrankung
- Sucht

Sinnesbehinderung

Hiermit erkläre ich mich zur Mitgliedschaft im gemeindepsychiatrischen Verbund des Landkreises Hersfeld-Rotenburg bereit und beantrage die Aufnahme in den GPV.
Die Inhalte der Kooperationsvereinbarung und Geschäftsordnung sind mir bekannt und werden von mir akzeptiert.

Ort, Datum

Unterschrift Verbundpartner

Unterschrift Stellvertreter