

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