

### Informationen zu diesem Fragebogen

Der Fragebogen besteht aus mehreren Teilen.

Im 1. Teil sprechen wir darüber wie Du/Sie jetzt wohnen.

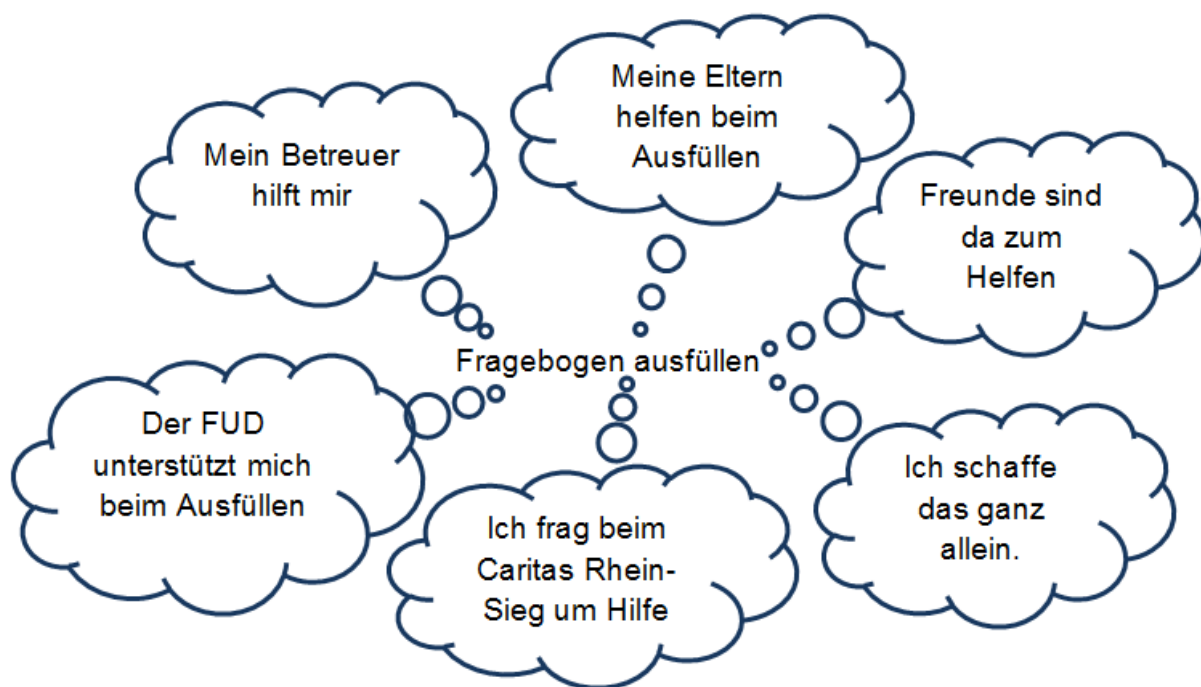
Im 2. Teil sprechen wir darüber wie Du/Sie später wohnen möchten.

Im 3. Teil zeigen wir Dir/Ihnen unsere Datenschutzanmeldung und die Anmeldung für die Warteliste.

Im letzten Teil erklären wir Dir/Ihnen was für Wohnmöglichkeiten wir unterstützen und anbieten.

In dem Fragebogen kann man seine Wünsche für das Wohnen aufschreiben.

Die Angaben aus dem Fragebogen werden gesammelt und ausgewertet.



Fülle Du/Füllen Sie nur Dinge aus, die Du/Sie beantworten wollen.

Es dürfen Felder frei bleiben.

☐ Bei diesem Zeichen kannst Du/können Sie ein Kreuz oder  $\checkmark$  machen.

 Bei diesem Zeichen kannst Du/können Sie etwas aufschreiben.



## Fragebogen „Wie möchte ich wohnen?“

|                     |  |
|---------------------|--|
| Name                |  |
| Vorname             |  |
| Straße, Hausnummer  |  |
| Post-Leit-Zahl, Ort |  |
| Telefon             |  |
| @ E-Mail            |  |

|                                                                            |                               |                               |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Geburtsdatum?<br>Tag/ Monat/ Jahr                                          |                               |                               |                                     |
| Wo sind Sie geboren?                                                       |                               |                               |                                     |
| Bitte geben Sie Ihr<br>Geschlecht an:                                      | Mann <input type="checkbox"/> | Frau <input type="checkbox"/> | Divers <input type="checkbox"/>     |
| Wurde ein<br>Eingliederungsantrag<br>gestellt?                             | Ja <input type="checkbox"/>   |                               | Nein <input type="checkbox"/>       |
| Welche Diagnose haben<br>Sie?<br>Evtl. ICD 10/ 11<br>(Angabe erforderlich) |                               |                               |                                     |
| Welche Leistungen<br>werden in Anspruch<br>genommen?                       | Ja:                           |                               | Keine <input type="checkbox"/>      |
| Haben Sie einen<br>Pflegegrad?                                             | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | Grad:                               |
| Haben Sie eine<br>gesetzliche Betreuung?                                   | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/> | Vielleicht <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, in welchen<br>Bereichen?                                          | Finanzielle Angelegenheiten   |                               | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                            | Aufenthaltsbestimmung         |                               | <input type="checkbox"/>            |



## Fragebogen „Wie möchte ich wohnen?“

|                                             |                             |                               |
|---------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
|                                             | Gesundheitsfürsorge         | <input type="checkbox"/>      |
|                                             | Behörden / Versicherungen   | <input type="checkbox"/>      |
|                                             | Wohnungsangelegenheiten     | <input type="checkbox"/>      |
| Haben Sie einen Behindertenausweis?         | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn „Ja“, mit welchem Grad und Merkkürzel. |                             |                               |

### Teil 1 vom Fragebogen

|                                                                                                      |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Wo wohnen Sie jetzt?<br>(Sie können mehrere Felder ankreuzen)                                        |                          |
| Bei meinen Eltern                                                                                    | <input type="checkbox"/> |
| Bei meinen Geschwistern, anderen Verwandten                                                          | <input type="checkbox"/> |
| Allein/ in Partnerschaft                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| In einer besonderen Wohnform                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| In einer Außen-Wohngruppe                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| Kinderheim                                                                                           | <input type="checkbox"/> |
| Betreutes Wohnen/Anbieterwechsel                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Andere Wohnform:  |                          |

|                                                                       |                                                                                                  |                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Welchen Abschluss haben Sie?<br>(Sie können mehrere Felder ankreuzen) |                                                                                                  |                                                                                                  |
| Schule                                                                | Abgangsjahr:  | Abschluss:  |
| Ausbildung                                                            | Nein <input type="checkbox"/>                                                                    | Ja <input type="checkbox"/> , welche?:                                                           |



## Fragebogen „Wie möchte ich wohnen?“

|                                                                 |                               |                                           |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|
|                                                                 |                               |                                           |
| Studium                                                         | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> , was?:       |
| Berufstätig                                                     | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> , was?:       |
| Rente                                                           | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> , seit wann?: |
| Wo brauchen Sie Hilfe?<br>(Sie können mehrere Felder ankreuzen) |                               |                                           |
| Lesen, Schreiben, Rechnen                                       |                               | <input type="checkbox"/>                  |
| Uhrzeit/ Datum erkennen                                         |                               | <input type="checkbox"/>                  |
| Einkaufen                                                       |                               | <input type="checkbox"/>                  |
| Kochen                                                          |                               | <input type="checkbox"/>                  |
| Essen und Trinken                                               |                               | <input type="checkbox"/>                  |
| Aufräumen und sauber machen                                     |                               | <input type="checkbox"/>                  |
| Wäsche machen                                                   |                               | <input type="checkbox"/>                  |
| Duschen/ Baden                                                  |                               | <input type="checkbox"/>                  |
| Umgang mit Geld                                                 |                               | <input type="checkbox"/>                  |
| Umgang mit Behörden/Ämtern                                      |                               |                                           |
| Begleitung zu Ärzten/Therapeuten                                |                               | <input type="checkbox"/>                  |
| In meiner Freizeit                                              |                               | <input type="checkbox"/>                  |
| Soziale Kontakte                                                |                               | <input type="checkbox"/>                  |

## Fragebogen „Wie möchte ich wohnen?“

|                                                                                                                             |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Krisensituationen                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |
| Wo brauchen Sie Unterstützung?<br>(Sie können mehrere Felder ankreuzen)                                                     |                          |
| Verhalten im Straßenverkehr                                                                                                 | <input type="checkbox"/> |
| Bus und Bahn fahren                                                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| Den Tag planen                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| Bei diesen Dingen brauche Ich auch Hilfe:  |                          |
|                                                                                                                             |                          |
| Wer hilft Ihnen jetzt?<br>(Sie können mehrere Felder ankreuzen)                                                             |                          |
| Eltern                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> |
| Geschwister                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> |
| Oma, Opa                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> |
| Assistenten, Betreuer, Pflegedienst                                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| Gesetzliche Betreuer                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| Wer hilft Ihnen noch?                    |                          |
|                                                                                                                             |                          |
| Was machen Sie tagsüber?<br>(Sie können mehrere Felder ankreuzen)                                                           |                          |
| Werkstatt/ Außen-Arbeitsplatz                                                                                               | <input type="checkbox"/> |
| Berufstätig Erster Arbeitsmarkt                                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| Schule                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> |
| Ehrenamtlich                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitslos/ Rente                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |
| Tagesgruppe/ Tagesklinik                                                                                                    | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Ich bin zu Hause                                                                               | <input type="checkbox"/> |
| <b>Wann brauchen Sie Hilfe von anderen Menschen?<br/>(Sie können mehrere Felder ankreuzen)</b> |                          |
| Morgens                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| Vormittags                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Mittags                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| Nachmittags                                                                                    | <input type="checkbox"/> |
| Abends                                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| <b>Wie oft in der Woche brauchen Sie Hilfe?<br/>(Sie können mehrere Felder ankreuzen)</b>      |                          |
| Einmal pro Woche                                                                               | <input type="checkbox"/> |
| An mehreren Tagen                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| Am Wochenende                                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| Jeden Tag                                                                                      | <input type="checkbox"/> |

**Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?**

**Dann geht es für Sie weiter auf Seite 12 (Datenschutz).**

**Du/Sie haben jetzt schon viel ausgefüllt, vielleicht jetzt eine kleine Pause bevor wir zum nächsten Teil weiter gehen?**





Was gefällt Ihnen nicht?



Können Sie sich vorstellen irgendwann auszuziehen?



### Teil 2 vom Fragebogen

| Ab wann wollen Sie woanders wohnen?   | schnellst möglich        | nächstes Jahr            | in 2-3 Jahren            | später                   |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (Sie können mehrere Felder ankreuzen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Mit wie vielen Personen wollen Sie wohnen? | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | mehr als 5               |
|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (Sie können mehrere Felder ankreuzen)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich will allein leben                      | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |

| Wer soll mit Ihnen leben?<br>(Sie können mehrere Felder ankreuzen)                                                  |                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Nur Männer <input type="checkbox"/>                                                                                 | Nur Frauen <input type="checkbox"/> Gemischt <input type="checkbox"/> |
| Mein/e PartnerIn <input type="checkbox"/>                                                                           | Ein Freund, eine Freundin <input type="checkbox"/>                    |
| Haben sie Tierhaar-Allergien?                                                                                       | Wenn ja, welche?                                                      |
| Wer soll sonst mit Ihnen leben?  |                                                                       |

| Wie alt sollen die Mitbewohner sein?    |                               |
|-----------------------------------------|-------------------------------|
| So alt wie ich <input type="checkbox"/> | Egal <input type="checkbox"/> |



# Fragebogen

## „Wie möchte ich wohnen?“

|                                                                                                                                                                                |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Wo im Rhein-Sieg- Kreis möchten Sie leben?<br>(Sie können mehrere Felder ankreuzen)                                                                                            | Egal <input type="checkbox"/> |
| Hier können Sie andere Kreis-Städte aufschreiben: (z.B. Altenkirchen, Kreis Wissen, ...):<br> |                               |
| In der Nähe meines jetzigen Zuhauses:<br>                                                     |                               |

| Was ist Ihnen in der Wohnung/ Haus wichtig?<br>(Sie können mehrere Felder ankreuzen)                            | Wichtig                  | Nicht wichtig            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Parkplatz                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was ist in der Umgebung wichtig?<br>(Sie können mehrere Felder ankreuzen)                                       | Wichtig                  | Nicht wichtig            |
| Haltestelle von Bus oder Straßenbahn                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einkaufsmöglichkeiten                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bank / Sparkasse                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apotheke                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arzt                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was ist Ihnen noch wichtig?  |                          |                          |

| Was wünschen Sie sich von Ihren Mitbewohnern?<br>(Sie können mehrere Felder ankreuzen) | Wichtig                  | Nicht wichtig            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gemeinsame Freizeit-Gestaltung                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gegenseitige Hilfe im Alltag                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|               |                          |                          |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Ruhe/ Ordnung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------|--------------------------|--------------------------|

|                                                                                                  |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Welche Hobbys haben Sie?<br>(Sie können mehrere Felder ankreuzen)                                |                          |
| TV                                                                                               | <input type="checkbox"/> |
| Internet / Medien                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| Radfahren                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| Lesen                                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| Basteln                                                                                          | <input type="checkbox"/> |
| Malen                                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige:<br> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Mit wem möchten Sie Ihre Freizeit verbringen?<br>(Sie können mehrere Felder ankreuzen)                                                   |                          |
| Allein                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> |
| Mit anderen Menschen                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Mit Freunden                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| Mit meiner Partnerin, meinem Partner                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Mit meiner Familie                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| Mit meinen Mitbewohnern                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| Mit Arbeitskollegen                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> |
| Mit wem möchten Sie Ihre Freizeit noch verbringen?  |                          |

## Fragebogen „Wie möchte ich wohnen?“

| Wer soll mich bei meinem Wohn-Wunsch unterstützen? |                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------|
| Ich                                                | <input type="checkbox"/> |
| Ich mit Hilfe von meiner Familie                   | <input type="checkbox"/> |
| Ich mit Hilfe vom Caritasverband Rhein-Sieg e.V.   | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Was möchten Sie uns noch sagen?<br/>(Besonderheiten/Vorlieben/Abneigungen?)</p> <div></div>                                           |
| <p>Von wem haben Sie den Fragebogen bekommen?</p> <div></div>                                                                            |
| <p>Mit wem / oder wer hat den Fragebogen ausgefüllt?<br/>(z.B. Sie selbst, Ihre Eltern, Ihr Betreuer, ein Ausföhlhelfer)</p> <div></div> |

**Name, Vorname:**

**Einwilligung zur Datenverarbeitung zur Aufnahme in die Warteliste für Wohnangebote im Bereich Teilhabe, Caritasverband Rhein-Sieg e.V., Wilhelmstrasse 155-157, 53721 Siegburg**

Ich, ....., (Vorname/Name)  
bin damit einverstanden, dass der Caritasverband Rhein-Sieg e.V.  
folgende meiner personenbezogenen Daten, die auch besondere Kategorien  
personenbezogener Daten, hier Gesundheitsdaten, umfassen können, wie folgt verarbeitet  
werden:

### 1. Verarbeitung von Biographischen Daten

☐ Die biographischen Daten: Name, Geburtsdatum, Anschrift ggf. zur Verfügung gestellte Informationen zur Lebensgeschichte, Gewohnheiten, Betreuungsbedarf, besondere Fähigkeiten, Interessen, Abneigungen und Tabus, ggf. Name und Anschrift des gesetzlichen Betreuers sowie der Betreuungsumfang erhoben, erfasst, gespeichert, angepasst oder verändert und verwendet werden zum Zweck des Führens einer Warteliste für Wohnangebote im Verband.

☐ Mein Name und meine Anschrift, ggf. auch eine Kontaktadresse oder Telefonnummer erhoben, erfasst, gespeichert, angepasst oder verändert werden und zum Zweck der Zusendung von Einladungen und Information über Veranstaltungen und Angebote im Caritasverband verwendet werden.

2. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich meine Einwilligung verweigern bzw. jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft in Textform widerrufen kann. Dies aber je nach Umfang der Datenlöschung zur Folge hat, dass ich nicht mehr über mögliche Wohnangebote und Veranstaltungen im Caritasverband informiert werde.

Den Widerruf kann ich entweder postalisch oder per E-Mail übermitteln. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Meine Widerrufserklärung ist zu richten an: [Jan.Platzmann@caritas-rheinsieg.de](mailto:Jan.Platzmann@caritas-rheinsieg.de) oder [Stefanie.Bordach@caritas-rheinsieg.de](mailto:Stefanie.Bordach@caritas-rheinsieg.de)

Weitere Informationen zum Datenschutz sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten sind zu finden unter: [www.caritas-rheinsieg.de](http://www.caritas-rheinsieg.de)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Interessent

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
rechtl. Betreuerin/rechtl. Betreuer  
Bevollmächtigte/Bevollmächtigter



### **Wie kommt der Fragebogen zu uns?**

Wir freuen uns, wenn Sie uns den Fragebogen schicken.

Unsere Adresse ist:

Caritasverband Rhein-Sieg e.V.

Ambulant Betreutes Wohnen

Mühlenweg 8

53604 Bad Honnef

[www.Caritas-rheinsieg.de](http://www.Caritas-rheinsieg.de)

Wir haben auch @- Email Adressen:

[Sabine.Rieck@caritas-rheinsieg.de](mailto:Sabine.Rieck@caritas-rheinsieg.de)

[Daniel.Wollitz@caritas-rheinsieg.de](mailto:Daniel.Wollitz@caritas-rheinsieg.de)

Wir freuen uns auf Dich/Sie.

Das gesamte Team des Ambulant Betreuten Wohnens  
des Caritasverbandes Rhein-Sieg e.V.