



Mitgliedschaft im Sozialpsychiatrischen Verbund (SpV) Wolfsburg

Institution - Abteilung

Name, Adresse, Email, Telefonnummer:

Bezeichnung und Beschreibung des Angebots

Erbracht werden die Leistungen in Form von

- ambulanten Angeboten
- teilstationären Angeboten
- stationären Angeboten
- Selbsthilfe

Kostenträger (Mehrfachnennung möglich)

- Krankenversicherung
- Rentenversicherung
- Arbeitsagentur
- Jobcenter
- sonstige Kostenträger.....
- überörtliche Sozialhilfeträger
- Kommune/örtliche Sozialhilfe-/Jugendhilfeträger
- Pflegeversicherung

Einzugsgebiet (Mehrfachnennung möglich)

- Stadt Wolfsburg
- Region Braunschweig/ Wolfsburg
- Niedersachsen
- bundesweit bzw. mehrere Bundesländer

Angebote in den Bereichen (Mehrfachnennung möglich)

- Behandlung
- Pflege
- Medizinische Rehabilitation
- Wohnen
- Arbeit und berufliche Rehabilitation
- Tagesstruktur, Freizeitgestaltung
- spezielle geriatrisch-gerontopsychiatrische Angebote
- Betreuung/ Alltagsbegleitung
- Betreuung im Rechtssinn
- Beratung
- Selbsthilfe, Peer to Peer Beratung

Wer wird von Ihren Angeboten angesprochen

- Kinder- und/oder Jugendliche
- Erwachsene >18 Jahre
- Erwachsene >65 Jahre
- Sucht-/ und Abhängigkeitserkrankte
- Forensische Patient*innen
- Angehörige
- Sonstige Angebote:.....

Ich melde die o.g. Einrichtung zur verbindlichen Mitgliedschaft unter gültigen Geschäftsordnung im Sozialpsychiatrischen Verbund Wolfsburg an.

Als Kontaktpersonen bzw. Ansprechpartner*innen für die Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes Wolfsburg benennen wir folgende Personen:

Hauptverantwortliche Person:

Name und E-Mail

.....

Vertretung:

Name und E-Mail

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Stand: 11/2017