***Instructies: Vul in in de kader. Bij meerdere keuzemogelijkheden: kruis aan of maak vetgedrukt.***

***Aanmeldingsdatum: … / … / ……***

**PERSONALIA**

GEGEVENS CLIËNT

|  |
| --- |
| **Naam:** |
| **Adres (straat):** | **Nummer en bus:** |
| **Postcode:** | **Stad:** |
| **E-mail:** |
| **Geboortedatum:** | **Telefoon:** |
| **Inkomen (meerdere zijn mogelijk):*** Werkloosheidsuitkering
* Mutualiteitsuitkering – Primaire ziekte (< 1 jaar)
* Mutualiteitsuitkering – Invaliditeit(> 1 jaar)
* FOD-uitkering
* Leefloon
* Loon uit arbeid
* Andere:
 | **Geslacht:*** M
* V
* X

**RRN:****Mutualiteit:****Justitiële voorgeschiedenis:*** Ja
* Nee
 |

GEGEVENS VERWIJZER

|  |
| --- |
| **Naam:** |
| **Dienst:** |
| **E-mail:** |
| **Telefoon:** |
| **Betrokken:*** Ja
* Nee
 |

**LOOPBAAN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hoogst behaalde diploma:*** Lager onderwijs
* Secundair:
* Graduaat:
* Bachelor:
* Master:
* Anders:
 | **Erkenning:*** VOP-premie
* Maatwerk

**Lopende begeleiding VDAB/GTB**:* Ja, bemiddelaar:
* Nee
 |
| **Werkervaring:*** < 1 jaar
* 1 – 5 jaar
* 5 – 10 jaar
* > 10 jaar
 | **Loopbaanbegeleiding gevolgd met cheques:*** Ja
* Nee
 |
| **Werksituatie:****Momenteel aan het werk?*** Ja, huidige werkgever/functie:
* Nee, inactief sinds:

**Contractueel verbonden?*** Ja,Datum indiensttreding:Type overeenkomst (schrappen wat niet past): bepaalde duur / onbepaalde duur / interim
* Nee
 |

**PERSOONLIJKE SITUATIE**

|  |
| --- |
| **Dagbesteding en dagelijks functioneren:** |
| **Netwerk (naam):*** Partner/andere steunfiguren:
* Ambulant psychiater/psycholoog:
* Huisarts:
* Andere:
 |
| **Hulpvraag m.b.t. werk:** |
| **Psychische kwetsbaarheid (beperking/diagnose):** |

**GGZ-GESCHIEDENIS**

|  |
| --- |
| **Hulpverlening:** |
| **Opnames:** |
| **Suïcidepoging(en):*** Ja
* Nee
 | **Middelenmisbruik:*** Ja
* Nee
 |
| **Lichamelijke klachten:** |