****

**Opholdsaftale jf. SEL § 110**

|  |
| --- |
| 1. **Henvendelse i samarbejde med:** |
| **Selvmøder:**  **Handle- og betalingskommune:**  **Afdeling:**        **Navn på myndighedssagsbehandler:**  **Emailadresse:**       **Tlf. nr.:**        **Hjemkommunens ønsker og formål med ophold:**  **Dato for handleplansmøde jævnfør Servicelovens § 141:** |

|  |
| --- |
| 1. **Borger:** |
| **Indskrivningsdato:**  **Navn:**       **Cpr.nr.:**  **Telefonnummer:**  **Forsørgelsesgrundlag:**        **Folkeregisteradresse:** |

|  |
| --- |
| 1. **Baggrund for henvendelse:** |
| **Hvilke sociale problemstillinger har borgeren *(kortfattet beskrivelse)*:**  **Borgerens ønsker til opholdet:** |

|  |
| --- |
| 1. **Oplysninger om – fra ASI indskrivningen** |
| **Bolig:**  **Økonomi:**  **Uddannelse og beskæftigelse:**  **Helbred fysisk:**  **Helbred psykisk:**  **Helbred misbrug:**  **Helbred ernæring:**  **Helbred hygiejne:**  **Familie og netværk:**  **Kriminalitet – herunder evt. aftaler med Kriminalforsorgen:**  **Medicin *Al medicin administreres og udleveres af Skovvangs sundhedsfaglige personale*:**  **Substitutionsmedicin*(der skal vedlægges medicinkontrakt hvor det fremgår hvor borgeren skal hente sin substitutions medicin efter udskrivning fra Skovvang, såvel ved planlagt udskrivning som ved afrejse før tid.)*:** |

|  |
| --- |
| 1. **Mål og delmål for opholdet – udfyldes af kontaktpersonen** |
| **Hovedmål:** Målet for opholdet er at finde en bolig, hvor borgeren kan opnå mest mulig selvstændig livsførelse, og hvor der sigtes mod at opnå en relevant og langsigtet boligløsning.   |  | | --- | | **Delmål bolig** | | 1.delmål:  Ansvarlig:  Opfølgning dato:  Opnået dato: |  |  | | --- | | **Delmål økonomi** | | 1.delmål:  Ansvarlig:  Opfølgning dato:  Opnået dato: |  |  | | --- | | **Delmål fysisk helbred** | | 1.delmål:  Ansvarlig:  Opfølgning dato:  Opnået dato: |  |  | | --- | | **Delmål psykisk helbred** | | 1.delmål:  Ansvarlig:  Opfølgning dato:  Opnået dato: |  |  | | --- | | **Delmål misbrug** | | 1.delmål:  Ansvarlig:  Opfølgning dato:  Opnået dato: |  |  | | --- | | **Delmål ernæring** | | 1.delmål:  Ansvarlig:  Opfølgning dato:  Opnået dato: |  |  | | --- | | **Delmål hygiejne** | | 1.delmål:  Ansvarlig:  Opfølgning dato:  Opnået dato: |  |  | | --- | | **Delmål ADL træning** | | 1.delmål:  Ansvarlig:  Opfølgning dato:  Opnået dato: |  |  | | --- | | **Delmål daglig beskæftigelse** | | 1.delmål:  Ansvarlig:  Opfølgning dato:  Opnået dato: | |

|  |
| --- |
| 1. **Aftaler om egenbetaling for ophold** |
| **Aftale om egenbetaling for ophold:**  OBS at der skal betales kr. 2.480,- pr. måned for kost til Skovvang  Hjemkommunen opkræver derudover kr. 2.646-, pr. måned for logi.  For Holstebro Kommunes borgere opkræves den samlede opholdsbetaling af Skovvang.  **Skovvang har en beløbsgrænse på kr. 500,- for udbetaling til borgere. Ved afrejse kan der maks. udbetales kr. 500,- om nødvendigt – resten overføres til borgers NEM-konto.** |

|  |
| --- |
| 1. **Navne og kontaktoplysninger på samarbejdspartnere** |
| **Misbrugsbehandler*:***  **Egen læge*:***  **Speciallæge – eks. psykiater:**  **Kriminalforsorgen*:***  **Andre relevante kontaktpersoner *(eks. bostøtte, familie mv.):*** |

|  |
| --- |
| 1. **Kontaktoplysninger på Skovvang** |
| **Socialrådgiver:**       **Tlf.:** 96 11 36 **e-mail:**  **Kontaktperson:**       **Tlf.:** 96 11 36 20 **e-mail:**  **Kontaktperson:**       **Tlf.:** 96 11 36 20 **e-mail:** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Dato Underskrift henvisende myndighed***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Dato Underskrift Skovvang***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Dato Underskrift Borger***