****

**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 SkovvangHjemkommunen 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***