**Bo- og rehabiliteringscenter Lunden**

**Lundvej 135A, 6800 Varde**

**Telefon 7994 8740**

**Mail:** **lunden@varde.dk**

**Visitationsskema SEL §104 og SEL §103**

Sæt kryds ud for de indsatser der ønskes tilbud på.

|  |
| --- |
| **Ansøgning om**:  |
| Aktivitets og samvær efter Servicelov §104 |  |
| Dagtilbud |  |
| Beskyttet beskæftigelse efter Servicelov §103 |  |
| Beskæftigelse |  |
| Bevillingsperiode: |  |

|  |
| --- |
| **Personoplysninger:** |
| Navn |  |
| CPR. nr.  |  |
| Adresse |  |
| By |  |
| TLF/mobil |  |
| E-mail |  |
| Forsørgelsesgrundlag |  |
| Værgemål og type |  |

|  |
| --- |
| **Henvisende kommune:** |
| Kommune |  |
| CVR. nr. |  |
| EAN nr. |  |
| E-mail |  |
| Adresse |  |
| By |  |
| Afdeling |  |
| Sagsbehandler |  |
| TLF/mobil |  |

|  |
| --- |
| **Kommunens begrundede indstilling og mål for opholdet:**(Udredning og handleplan i henhold til voksenudredningsmetoden, plejeforløbsplan samt andre relevante journaloplysninger skal fremsendes hurtigst muligt). |
|  |

|  |
| --- |
| **Betalingstilsagn:** |
| Dato for betalingstilsagn |  |
| Sagsbehandlers navn og underskrift  |  |
| Direkte telefonnummer. |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **Nærmeste pårørende 1:** |
| Navn |  |
| CPR. Nr.  |  |
| Adresse |  |
| By |  |
| TLF/mobil |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **Pårørende 2:** |
| Navn |  |
| CPR. Nr.  |  |
| Adresse |  |
| By |  |
| TLF/mobil |  |
| E-mail |  |