

---

(Name/Vorname/Anschrift)

Aufnahmeantrag ausgehändigt / zugesandt am: \_\_\_\_\_

Unterlagen für die Aufnahme in der WfbM:

1.  Aufnahmeantrag
2.  Kopie der Bestellungsurkunde des Betreuers
3.  Ärztliche Stellungnahme bei Neuaufnahmen in die Werkstatt (Anlage 2)
4.  Schweigepflichtsentbindung des Arztes / Facharztes (Anlage 1)
5.  Kopie des Schwerbehindertenausweises
6.  Medikamentenblatt (Anlage 3)
7.  ärztliche Diätverordnung
8.  Kopie des EU-Rentenbescheides
9.  Kopie vom Sozialversicherungsausweis
10.  Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse
11.  Steueridentifikationsnummer
12.  Einverständniserklärung Schwimm- und Sportangebote (Anlage 4)
13.  Angaben zur Beförderung (Anlage 5)
14.  Einverständniserklärung nach den Datenschutzbestimmungen (Anlage 6)
15.  Einverständniserklärung (Mediengenehmigung) (Anlage 7)
16.  letzte Schulzeugnisse
17.  Tabellarischer Lebenslauf mit Lichtbild
18.  ggf. Kopien von Arbeitzeugnissen / Zertifikaten von Maßnahmen der beruflichen Eingliederung

**Nur für den internen Gebrauch:**

19.  FAS-Protokoll
20.  Kopie der Kostenzusage
21.  Bescheid an den Maßnahmeteilnehmer/Beschäftigten und ggf. Betreuer
22.  Unterlagen für den Gruppenleiter: Info-Blatt

- für die Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Büngerntechnik, Stangenkamp 2, 46414 Rhede-Büngerntechnik
- für die Abteilung Integra Industrieservice, Binnenpaß 1, 46414 Rhede

<b>Antragsteller/in:</b>	
Name (Geburtsname):	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	

<b>Anschrift:</b>	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon:	
Handy:	
E-Mailadresse:	

Nationalität:	
Familienstand:	
Geschlecht:	
Konfession:	
Leibliche Kinder: <small>(Bitte Kopie der Geburtsurkunde der Kinder beifügen)</small>	

<b>Wohnsituation:</b>	<input type="checkbox"/> bei den Eltern	<input type="checkbox"/> in einer Familie
	<input type="checkbox"/> im Wohnheim	<input type="checkbox"/> in einer Außenwohngruppe
	<input type="checkbox"/> im ambulant betreuten Wohnen	<input type="checkbox"/> in einer eigenen Wohnung
	<input type="checkbox"/> sonstige Wohnform	

<b>ggf. wichtige Angehörige:</b>	
Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon:	
Handy:	
E-Mailadresse:	

<b>Es besteht eine amtlich bestellte Betreuung:</b>	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, und zwar für:
	<input type="checkbox"/> Sorge für die Gesundheit des Betroffenen
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung
	<input type="checkbox"/> Vertretung in Behördenangelegenheiten
	<input type="checkbox"/> Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4 BGB)
	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge einschl. der Wohnungsangelegenheiten
	<input type="checkbox"/> Geltendmachung von Ansprüchen auf Rente, Sozialleistungen, Unterhalt und Pflegeversicherung
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

<b>Betreuerin/Betreuer:</b>	Name, Vorname:	
	Anschrift:	
	Telefon:	Handy:
	Bestellung vom:	durch das Amtsgericht in:
	Aktenzeichen:	(Bitte Kopie der Bestellsurkunde beifügen)

<b>Sonstige Bezugsperson:</b>	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Wohnstätte
	<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/> Sonstige
	Name, Vorname:	
	Anschrift:	
	Telefon:	Handy:

<b>Art der Behinderung:</b> (Bitte fachärztliches Attest beifügen!)	
--	--

<b>Schwerbehindertenausweis:</b> (Bitte Kopie beifügen!)	ausgestellt am:	
	vom:	
	Grad der Behinderung (GdB):	Merkzeichen:

<p><b>Pflegestufe:</b> gemäß Sozialgesetzbuch XI: (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p>	<p><input type="checkbox"/> Stufe 1   <input type="checkbox"/> Stufe 2   <input type="checkbox"/> Stufe 3   wurde anerkannt</p> <p><input type="checkbox"/> wurde nicht anerkannt   <input type="checkbox"/> wurde nicht beantragt</p>
<p><b>Hausarzt:</b></p>	<p>Name, Vorname:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Telefon:</p>
<p><b>Facharzt:</b></p>	<p>Name, Vorname:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Telefon:</p>
<p><b>Stationäre und teilstationäre Aufenthalte:</b></p>	
<p><b>Ambulante Therapien:</b></p>	
<p><b>Müssen Medikamente während der Arbeitszeit eingenommen werden?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, können diese selbständig eingenommen werden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn nein, bitte bei Aufnahme das beigefügte Medikamentenblatt (<u>aktuell gültig</u>) ausgefüllt vorlegen!</p>
<p><b>Haben Sie eine Bedarfsmedikation?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, kann diese selbständig eingenommen werden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn nein, bitte bei Aufnahme das beigefügte Medikamentenblatt (<u>aktuell gültig</u>) ausgefüllt vorlegen!</p>
<p><b>Benötigen Sie eine Sonderkost?</b> (Bitte ärztliche Verordnung beifügen):</p>	<p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p>

<b>Anfallsleiden:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------------	---

<b>Anfallshäufigkeit:</b>
---------------------------

<b>Datum des letzten Anfalls:</b>
-----------------------------------

<b>Allergien (bitte ärztliches Attest beifügen):</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

<b>Gibt es gesundheitliche Auswirkungen / Einschränkungen, wichtige arbeitsmedizinische Hinweise oder Verhaltensauffälligkeiten?</b>
--

--

--

--

<b>Auslöser hierfür:</b>
--------------------------

--

--

<b>Hilfestellung ist erforderlich bei (bitte Art und Umfang der Hilfe beschreiben):</b>
---

--

--

--

--

--

<b>Bei der Pflege ist besonders zu beachten:</b>
--

--

--

--

--

--

<b>Werden während der Beschäftigungszeit in der WfbM besondere medizinische oder therapeutische Behandlungen benötigt (z.B. Krankengymnastik, Logopädie)?</b>
---

--

--

--

--

**Welche Tätigkeiten und Arbeitsfelder interessieren Sie besonders?**


**Welche persönlichen Neigungen, Hobbys haben Sie?**


**Welche besonderen Wünsche haben Sie an die Werkstatt?**


<b>Bankverbindung:</b>	Name und Anschrift der Bank: _____ IBAN:     : _____ BIC:       _____ Kontoinhaber: _____
------------------------	---

<b>Beziehen Sie eine Erwerbsminderungsrente?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Bitte unbedingt eine Kopie des Rentenbescheides beifügen!
<b>Wurde eine Rente beantragt?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Wenn ja, wann _____
<b>Sozialversicherungsnummer:</b>	_____ Bitte eine Kopie des Versicherungsausweises beifügen!

<b>Name und Sitz der Krankenkasse</b> (bei der die Pflichtversicherung durchgeführt werden soll) :	_____ (bitte die Mitgliedsbescheinigung beifügen)
---	--

<b>Steueridentifikations-Nr.</b> (11-stellig)		<b>Wird vom Bundeszentralamt für Steuern zugesandt. Falls nicht vorhanden, bitte mit dem Finanzamt oder dem Meldeamt (Bürgerbüro) Ihres Wohnsitzes Kontakt aufnehmen.</b>
--	--	---

**Die folgenden Fragen sind nur bei einem Wechsel aus einer anderen Werkstatt für Menschen mit Behinderungen zu beantworten:**

<b>ggf. bisheriger Lohn:</b>	
<b>Kostenträger:</b>	
<b>Kostenzusage vom:</b>	
<b>Aktenzeichen:</b>	

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschriften Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter)

Hiermit entbinde(n) ich / wir

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

den Hausarzt / Facharzt

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes/der Ärztin)

sowie das Gesundheitsamt in \_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht über

- mich
- unsere Tochter
- unseren Sohn
- meinen zu Betreuende(n)

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

soweit es für die Aufnahme und die Beschäftigung in der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen Büngerntechnik, 46414 Rhede- Büngerntechnik bzw. der Abteilung der Büngerntechnik „Integra-Industrieservice“ notwendig ist.

Sofern ich eine Erwerbsminderungsrente erhalte oder mein Rentenversicherungsträger den Leistungen zur Eingliederung in das Arbeitsleben in einer WfbM bereits zugestimmt hat, erkläre ich mich mit der Anforderung der ärztlichen Unterlagen bei meinem Rentenversicherungsträger einverstanden.

Weitere Unterlagen über die Behinderung können unter Beifügung dieser Erklärung bei(m)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
angefordert werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

---

Die beigefügte fachärztliche Stellungnahme wurde erstellt durch:

**(Hinweis: es werden nur fachärztliche Stellungnahmen von einem Neurologen/Psychiater anerkannt!)**

Klinik  Ambulanz  niedergelassener Psychiater

Gesundheitsamt

Institution: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

---

Es liegt vor (nach ICD-10)

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

seit wann: \_\_\_\_\_

weitere Diagnose(n): \_\_\_\_\_

---

Herr/ Frau \_\_\_\_\_ ist bei mir in

erstmaliger  gelegentlicher  ambulanter  stationärer

ärztliche Behandlung.

wie häufig gab es stationäre Behandlungen? \_\_\_\_\_

in welchem Krankenhaus? \_\_\_\_\_

---

Die Krankheit/ Behinderung geht zurück auf einen Unfall (auch Unfall der Mutter während der Schwangerschaft) oder ist Folge einer Geburtsschädigung durch Arzt- oder Hebammenfehler, einer Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigung, eines Impfschadens oder einer Gewalttat.

Nein  Ja

ggf. Erläuterungen: \_\_\_\_\_

---

Es sind ärztliche und ärztlich verordnete Behandlungsmaßnahmen erforderlich  
(soweit sie für die aktuelle Situation von Bedeutung sind)

---

---

Es kommt eine medizinische Rehabilitationsbehandlung in Betracht:

Ja       Nein       Begründung: \_\_\_\_\_

---

---

---

Es werden bereits ärztliche und ärztlich verordnete Behandlungsmaßnahmen aktuell  
in Anspruch genommen (soweit sie für die aktuelle Situation von Bedeutung sind):

---

---

Ambulante Psychiatrische Krankenpflege      Frequenz/ Woche: \_\_\_\_\_

Behandlungspflege      Frequenz/ Woche: \_\_\_\_\_

Soziotherapie      Frequenz/ Woche: \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_      Frequenz/ Woche: \_\_\_\_\_

Es liegen selbst- oder fremdgefährdende Tendenzen vor

Nein       Ja       Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

---

Anmerkungen:

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift/Stempel Facharzt: \_\_\_\_\_

für _____ (Name, Vorname)
------------------------------

**Dauermedikation:**

Verordnung vom	Medikament	Einnahmezeit und Art der Einnahme (zwischen 8.00 und 15.30 Uhr)	Unterschrift (Betreuer/Wohnheim)	geändert oder abgesetzt am	Unterschrift (Betreuer/Wohnheim)

**Im Kühlschrank aufzubewahrende Medikamente:** \_\_\_\_\_ **(Ort der Aufbewahrung)**

--	--	--	--	--	--

**Bedarfsmedikation:**

Verordnung vom	Medikament	genaue Beschreibung des Bedarfsfalls (Situation, Uhrzeit, Menge)	Unterschrift (Betreuer/Wohnheim)	beenden am	Unterschrift (Betreuer)

**Medikamentenallergien:** \_\_\_\_\_ **Unverträglichkeiten:** \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre/n ich / wir,  
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

dass ich / meine Tochter / unser Sohn / mein(e) zu Betreuende(r)  
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

mit der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen Büngerntechnik im Rahmen der Sport- und Schwimmangebote ins Hallenbad und in die Turnhalle gehen kann.

Ich / meine / unsere Tochter / mein / unser Sohn / zu Betreuende(r)  
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

bin / ist

- Schwimmer/in  
 Nichtschwimmer/in  
 anfallskrank (letzter Anfall war \_\_\_\_\_)  
(bitte für das Schwimmangebot ein Unbedenklichkeits-Attest vom Arzt beifügen)  
 anfallsfrei

Ich / meine / unsere Tochter / unser Sohn / zu Betreuende(r)  
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

kann am

Schwimmangebot nicht teilnehmen, weil

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sportangebot nicht teilnehmen, weil

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

**Zu befördernde Person:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Beförderung mit dem Werkstattbus ist erforderlich:**

- Sitzplatz
- Sitzplatz (Transport Rollator im Bus)
- Sitzplatz (Transport Rollstuhl im Bus)
- Rollstuhlfahrer (Standartgröße)
- Rollstuhlfahrer (keine Standartgröße)

\_\_\_\_\_  
 Begleitperson im Bus erforderlich (und Hilfe beim Ein- oder Aussteigen)

**Fährt eigenständig zur Werkstatt nach:**

als

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Büngern       | <input type="checkbox"/> Radfahrer/in   |
| <input type="checkbox"/> Borken        | <input type="checkbox"/> Mofafahrer/in  |
| <input type="checkbox"/> Mussum        | <input type="checkbox"/> PKW- Fahrer/in |
| <input type="checkbox"/> Integra Rhede |   |

Ist in der Lage öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen:  ja  nein

**Besonderheiten:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift:**

\_\_\_\_\_

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

1. Ich bin damit einverstanden, dass die Büngerntechnik folgende personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung erhebt, verarbeitet und aktualisiert, um das Aufnahmeverfahren durchzuführen:
  - Stammdaten (Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Eltern, gesetzliche Betreuung, Konfession, Familienstand, Wohnort, Wohnsituation, Wohnform, Angaben zum Hausarzt und zu Fachärzten)
  - Biografische Daten (Lebensgeschichte, Schul- und Ausbildungsdaten, Gewohnheiten, besondere Fähigkeiten, Abneigungen, Tabus)
  - Arztberichte inkl. Diagnosen und Befunde, Anamnese-Dokumentation, Grad der Behinderung, Pflegestufe, Vorerkrankungen, Allergien, Medikamentenverabreichung, medizinische und therapeutische Behandlung, psychologische Befunde/Gutachten
2. Soweit zur Durchführung der Leistungserbringung erforderlich ist die Büngerntechnik berechtigt, die notwendigen personenbezogenen Daten an Dritte (insbesondere an die Leistungsträger der Eingliederungshilfe wie Agentur für Arbeit, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Deutsche Rentenversicherung und die übrigen Rehabilitationsträger gemäß § 6 Sozialgesetzbuch IX, an Krankenkassen, an Sozialhilfeträger, an Pflegekassen sowie weitere Abrechnungsstellen) zum Zwecke der Beantragung und Abrechnung von Leistungen weiterzugeben.
3. Ich bin damit einverstanden, dass die Büngerntechnik zum Zwecke der Durchführung eines Qualitätsmanagementaudits dem Auditor Einsichtnahme in meine Personalakte gewährt. Mir ist bekannt, dass die Auditoren einer besonderen Schweigepflicht über den Inhalt des Audits und insbesondere über den Inhalt der Personalakte unterliegen. Die Auditoren sind nicht berechtigt Aufzeichnungen oder Kopien über den Inhalt der Personalakte anzufertigen.
4. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.  
Ich bin darüber informiert worden, dass für den Fall des Widerrufs der Einwilligungserklärung Einschränkungen in meiner Versorgung (Betreuung und Pflege) bzw. finanzielle Nachteile (z.B. abgelehnte Kostenzusage eines Sozialleistungsträgers) entstehen.
5. Bei einer Aufnahme des Bewerbers in das Eingangsverfahren, in den Berufsbildungsbereich oder in den Arbeitsbereich der Büngerntechnik gilt diese Einwilligung als getroffen.
6. Wird eine Aufnahme vom Bewerber oder von der Büngerntechnik abgesagt, so ist die Büngerntechnik verpflichtet, die erhobenen Daten binnen einer Frist von sechs Monaten zu sperren, sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen worden ist.
7. Die Büngerntechnik arbeitet im Rahmen der Anordnung über den kirchlichen Datenschutz nach festgelegten Regelungen für die IT-Nutzung, zum Datenschutz und zum Umgang mit Personalakten.
8. Die Mitarbeiter der Büngerntechnik sind zur Verschwiegenheit sowie zur Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

Ort, Datum

---

Unterschrift Bewerber / Unterschrift gesetzlicher Vertreter

**Anlage 7 zum Aufnahmeantrag  
Einverständniserklärung (Mediengenehmigung)  
für Foto-, Film- und Tonaufnahmen zu Zwecken  
der Öffentlichkeitsarbeit**

Ich willige ein,

Ich willige nicht ein,

dass Foto-, Film- und Tonaufnahmen von

---

(Name, Vorname)

die während des Aufenthaltes in der WfbM Büngerntechnik entstanden sind,  
veröffentlicht werden dürfen.

Ich stimme zu, dass die Aufnahmen

- in Drucksachen (z.B. Jahresberichten, Chroniken, Informationsmaterial, Pressemitteilungen, Einrichtungsfaltblättern, Flyern, Konzepten, Verbandszeitschriften)
- in Presse, Rundfunk und Fernsehen
- im Internetauftritt der WfbM Büngerntechnik

verwertet und verarbeitet werden. Damit entspricht die Verwendung der Foto-, Video- und Tonaufnahmen § 22 des Kunsturheberrechtsgesetzes (KUG).

Das Einverständnis gilt zeitlich und örtlich unbegrenzt. Es kann jedoch durch schriftliche Erklärung gegenüber der WfbM Büngerntechnik mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

In den Fällen, in denen eine rechtliche Betreuung eingerichtet ist:

---

Name, Vorname des rechtlichen Betreuers

---

Unterschrift des Betreuers