

## Perspectiefplan Jeugd

### 1. Algemene gegevens

#### Aanvrager:

BSN			
Naam			
Adres			
Postcode, woonplaats			
Leeftijd			
Geslacht	V/M/X		
Telefoonnummer		Mobiel	
E-mail			
Inwonend bij	Moeder/vader/anders....		
Ingevuld door			
Ingevuld op			

#### Ouder(s)/verzorger(s):

Naam			
Adres			
Postcode, Woonplaats			
Leeftijd		Geslacht	
Relatie			
Telefoonnummer		E-mail	
Gezag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet van toepassing		

#### Ouder(s)/verzorger(s):

Naam			
Adres			
Postcode, Woonplaats			
Leeftijd		Geslacht	
Relatie			
Telefoonnummer		E-mail	
Gezag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet van toepassing		

#### Gezinsleden:

Naam			
Leeftijd		Geslacht	
Adres, Woonplaats			
Relatie			

Naam			
Leeftijd		Geslacht	

Adres, Woonplaats	
Relatie	

Naam			
Leeftijd		Geslacht	
Adres, Woonplaats			
Relatie			

**Andere belangrijke personen:**

Naam			
Leeftijd		Geslacht	
Telefoonnummer		E-mail	
Relatie			

**School:**

Naam			
Contactpersoon			
Telefoonnummer		E-mail	

**Huisarts:**

Naam			
Telefoonnummer		E-mail	

**Medisch specialist:**

Naam			
Telefoonnummer		E-mail	

**Verwijzer:**

Naam			
Telefoonnummer		E-mail	

**Wat is uw vraag?**

Heeft u hulp nodig bij het invullen van het formulier? Of vindt u het lastig om uw hulpvraag te formuleren? U kunt hierbij hulp vragen. Meer weten? Ga naar <https://www.opmeer.nl/clientondersteuning>

De consulent kan het ook samen verder met u aanvullen tijdens het eerste gesprek.

## **2. Beschrijving**

<b>Datum gesprek:</b>	
<b>Wie zijn er aanwezig bij het gesprek:</b>	
<b>Naam:</b>	<b>Tel.:</b>

<b>Wonen en thuissituatie</b>
<b>Functioneren, ontwikkeling en opvoeding</b>
<b>Daginvulling (school, werk, dagbesteding, vrije tijd, sport)</b>
<b>Sociale contacten en netwerk</b>
<b>Lichamelijke gezondheid</b>
<b>Geestelijke gezondheid</b>
<b>Financiële situatie</b>
<b>Waar bent u trots op? Waar bent u tevreden over?</b>

### Andere hulpverlening

<p>Heeft u op dit moment hulp of ondersteuning? Zo ja, van wie en welke hulp of ondersteuning ontvangt u?</p>
<p>Welke hulpverlening heeft u in het verleden gehad?</p>
<p>Aanvullende informatie:</p>

### Wat wilt u bereiken? (in te vullen door inwoner/zorgaanbieder/gemeente)

<p><b>1. Resultaat (wat?)</b></p>
<p>Hoe wilt u dit bereiken?</p>
<p>Doel:</p>
<p>Wie:</p>
<p>Wanneer:</p>
<p>Doel:</p>
<p>Wie:</p>

<b>Wanneer:</b>
<b>Inzet van zorgaanbieder?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

<b>2. Resultaat (wat?)</b>
<b>Hoe wilt u dit bereiken?</b>
<b>Doel:</b>
<b>Wie:</b>
<b>Wanneer:</b>
<b>Doel:</b>
<b>Wie:</b>
<b>Wanneer:</b>
<b>Inzet van zorgaanbieder?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

**Samenvatting, advies en motivatie:**

--

**In te zetten jeugdhulp**

--

**Regisseur:**

<b>Naam:</b>	<b>Tel.:</b>	<b>E-mail:</b>
--------------	--------------	----------------

**Contactpersoon lokale toegang:**

<b>Naam:</b>	<b>Tel.:</b>	<b>E-mail:</b>
--------------	--------------	----------------

**Contactpersoon zorgaanbieder:**

<b>Organisatie:</b>		
<b>Naam:</b>	<b>Tel.:</b>	<b>E-mail:</b>

**Met ondertekenen van dit perspectiefplan is uw aanvraag volledig**

Datum:	Plaats:
Handtekening ouder 1:	Naam:
Handtekening ouder 2:	Naam:
Handtekening jeugdige (12+)	Naam:

**Als er voor het behalen van de resultaten de inzet van een zorgaanbieder noodzakelijk is, dan zal het perspectiefplan gedeeld worden met de zorgaanbieder.**

**3. Toelichting zorgaanbieder**

<b>Verslag intake zorgaanbieder:</b>

**Doelen bij resultaten aangevuld:**

Ja  Nee, omdat