



## Bewerbung für Miet-Wohnraum mit Assistenzangebot

Sehr geehrte/r Bewerber\*in,  
wir bedanken uns für das von Ihnen gezeigte Interesse. Haben Sie bitte Verständnis, dass wir uns von unseren evtl. zukünftigen Kund\*innen ein möglichst umfassendes Bild machen müssen, um gut einschätzen zu können, ob unser ambulantes Angebot von Wohnen mit Assistenz das Passende für Sie ist. Unvollständige Angaben zu den nachfolgenden Fragen schließen deshalb eine weitere Bearbeitung leider aus.

Angaben zur gewünschten Wohnform (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> <del>Mietwohnung für Alleinstehende (1-Zimmer-Wohnung)</del>
<input checked="" type="checkbox"/> <del>Mietwohnung für Paare (2-3-Zimmer-Wohnung)</del>
<input type="checkbox"/> Zimmer in einer (inklusive) Wohngemeinschaft (3er oder 4er Wohngemeinschaften)
<input type="checkbox"/> ich brauche keine Wohnung – ich habe Assistenzbedarf

Wo möchten Sie wohnen? (bitte ankreuzen)
<input type="checkbox"/> Stadtgebiet Freiburg
<input type="checkbox"/> Landkreis Breisgau Hochschwarzwald
<input type="checkbox"/> Landkreis Emmendingen

Persönliche Angaben	Bewerber*in	Partner*in
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Familienstand		
Anschrift (Straße)		
Anschrift (PLZ, Ort)		
Telefon/Mobil		
E-Mail		

Haben Sie Anspruch auf einen Wohnberechtigungsschein (WBS)?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
<b>→ Wenn ein Wohnberechtigungsschein vorliegt:</b>		
<b>Ausstellungsort:</b>	<b>Nummer:</b>	<b>gültig bis:</b>

**Anmerkung:** Unser Wohnangebot umfasst auch öffentlich geförderte Wohnungen. Sofern Sie aufgrund Ihrer Einkommens-/Vermögenssituation keinen - für öffentlich geförderten Wohnraum zwingend erforderlichen - Wohnberechtigungsschein (WBS) beantragen bzw. erhalten, können wir Ihre Bewerbung lediglich für die frei finanzierten Wohnungen berücksichtigen.

Es sollte daher in Ihrem Interesse liegen, frühzeitig zu klären, ob Sie Anspruch auf einen WBS haben. Den Antrag für einen WBS stellen Sie bei Ihrer Gemeinde, der WBS gilt dann überregional.

Angaben zur jetzigen Wohnung/Wohnform	
<b>Name und Anschrift des/der Vermieters/Vermieterin</b>	
<b>Telefon/Mobil</b>	
<b>Ende des Mietvertrages</b> (wenn bereits gekündigt)	
<b>Haben oder hatten Sie Mietrückstände?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Halten Sie ein Haustier?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>→ Wenn ja, welches?</b>	
<b>Grund für den Wohnungswechsel:</b>	

Sonstige Angaben	
<b>1) Gesetzliche Betreuung?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja - Aufgabenbereiche:</b>	<input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vertretung bei Behörden <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt

<b>Name und Anschrift der gesetzlichen Betreuung</b>	
<b>Telefon/Mobil</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>2) Art der Behinderung (geistig, körperlich, seelisch)?</b>	
<b>Diagnose</b>	
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<b>Liegen noch weitere Beeinträchtigungen vor?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>→ Wenn ja, welche?</b>	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung <input type="checkbox"/> Suchterkrankung <input type="checkbox"/> _____
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>→ Wenn ja, welche?</b>	_____ _____
Für weiterführende Informationen behalten wir uns vor, Sie ggf. um eine Schweigepflichtentbindung für den entsprechenden Facharzt zu bitten.	

<b>3) Hilfsmittel</b>	
<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl <input type="checkbox"/> Lifter <input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>4) Pflegedienst</b>	
<b>Name, Anschrift, Telefonnummer</b>	
<b>erbrachte Leistungen</b>	_____ _____ _____
<b>5) Eingliederungshilfeleistungen</b>	
<b>Pädagogische Begleitung im ambulant unterstützten Wohnen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wünschen Sie bereits jetzt Begleitung? <input type="checkbox"/>
<b>→ wenn ja, wird erbracht von?</b>	
<b>Sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe?</b>	

### Assistenzbedarf im Alltag

- Gestaltung sozialer Beziehungen
- Alltagsstrukturierung
- Haushaltsführung und Einkaufen
- Freizeitgestaltung
- Schriftverkehr/Post
- Geldangelegenheiten
- Kontakte mit Behörden
- mit Stress und Problemen umgehen
- Kommunikation
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Zusätzliche Erklärungen:

- Ich versichere / Wir versichern die Richtigkeit aller gemachten Angaben.
- Ich/Wir wurde/n in den letzten fünf Jahren weder wegen Mietrückstandes noch wegen Hausstreitigkeiten verurteilt und habe/n keine „Eidesstattliche Versicherung über die Vermögensverhältnisse“ abgegeben sowie keine Privatinsolvenz beantragt.
- Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass – ausschließlich zur internen, verwaltungsmäßigen Bearbeitung - die personenbezogenen Daten dieses Antrags ausgewertet und gespeichert werden können (Warteliste).

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Einwilligung Datenschutz gem. § 28 (1) S. 1 Nr. 1 BDSG  
bzw. Art. 6 (1) b EU DS-GVO**

Ich willige hiermit freiwillig ein, dass meine personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet, gespeichert und genutzt sowie ggf. an Dritte weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zu den folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden:

Beantragung einer Mietwohnung mit Assistenzangebot für Menschen mit Behinderung und Abwicklung eines späteren Miet-/ Assistenzvertragsverhältnisses.

Für die Aufbewahrungs- und Löschfristen gelten die gesetzlichen Vorgaben. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen personenbezogenen Daten unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bzw. der Europäischen Datenschutz Grundverordnung (EU DS-GVO) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass diese Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann, gemäß Art. 7 EU DS-GVO. Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten bei der Lebenshilfe Breisgau gemeinnützige GmbH gelöscht.

Meine Widerrufserklärung richte ich an:

Lebenshilfe Breisgau gem. GmbH, Belchenstraße 2A, 79115 Freiburg

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Abschließender Hinweis:** Dieser Antrag gilt für zwei Jahre. Sollte nach dieser Zeit noch Interesse an einem Wohn- und/oder Assistenzangebot bei der Lebenshilfe Breisgau bestehen, bitten wir Sie einen Folgeantrag einzureichen, da der alte Antrag ansonsten erlischt. Im Folgeantrag brauchen Sie nur die Felder auszufüllen, bei denen sich gegenüber dem Erstantrag Veränderungen ergeben haben.