

Bijlage 9 format Ondersteuningsplan bouwsteen HH-N, HZ-R of HZiB

Voorletters en achternaam	
Adres	
Postcode en woonplaats	

Ondersteuningsplan Hulp bij het Huishouden (bouwstenen HH-N, HZ-R of HZiB)		Wie doet wat				
		Zelfstandig	Mantelzorg	Vrijwilliger	Voorliggende voorzieningen	Zorgaanbieder
Activiteiten schoon en leefbaar huis	Frequentie (max. p/j)					
Stoffen hoog	..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffen midden	..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffen laag	..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stofzuigen / dweilen	..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoelen en banken zuigen	12					
Keuken (tegels rondom fornuis en aanrecht, buitenzijde keukenblok)	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigen keukenapparatuur	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legen vuilnisbakken	..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ramen wassen binnenzijde	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilet reinigen	..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douche / bad wastafel reinigen	..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tegelwand reinigen	..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vloer dweilen	..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bed verschonen	26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Radiatoren reinigen	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deuren geheel nat afnemen	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoge randen en richels afnemen	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasverzorging		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorg voor jonge kinderen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maaltijdverzorging		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatie van het huishouden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Naast het invullen van bovenstaande lijst dienen ook onderstaande vragen beantwoord te worden.

1. **Wat is het probleem of de zorg waar de cliënt mee wordt geconfronteerd?**

2. **Welke doelen /resultaten wil de cliënt bereiken en binnen welke termijn?**

3. **Is toewerken naar een voorliggende voorziening mogelijk? Hoe wordt de cliënt in eigen kracht gezet?**

4. **Welke acties zijn er nodig om het resultaat te kunnen behalen?**

5. Indien er sprake is van een verzoek om wijziging: Wat gaat er goed? Welke doelen zijn behaald?

Ondertekend door d.d.: -----	
Naam cliënt (of diens wettelijke vertegenwoordiger)	
Handtekening cliënt (of diens wettelijke vertegenwoordiger)	
Naam zorgaanbieder (organisatie)	
Naam cliëntondersteuner van de zorgaanbieder	

Dit ondertekende ondersteuningsplan dient tevens als aanvraag voor de maatwerkvoorziening HHN , HZ-R of HZib