|  |
| --- |
| **Hinweise zum Anmeldeformular:*** Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Sie fallen unter die berufliche Schweigepflicht.
* Bei Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name:** |  |  | **Vorname:** |  |
| Strasse: |  |  | PLZ / Ort: |  |
| Geb.-Datum: |  |  | Tel. Privat: |  |
| Konfession: |  |  | Mobil: |  |
| Soz.-Vers.-Nr.: |  |  | Zivilstand: |  |
| Krankenkasse: |  |  | Krankenvers.-Nr.: |  |
| Heimatort: |  |  | Nationalität: |  |
| Schriften in: |  |  | (Bei Ausländern) Bewilligung: |  |
| (Gemeinde, in welcher die Schriften hinterlegt sind) |  | **(Der Anmeldung ist eine Kopie der Ausländerbewilligung beizulegen.)** |
|  |
|  |
| **Eltern bzw. nächste Familienangehörige bzw. nächste Bezugsperson:** |
| Name/Vorname: |  | Bezeichnung der Verwandtschaft / Beziehung: |  |
|  |  | Tel. P: |  | Mobil: |  |
| Strasse: |  | Tel. G: |  |
| PLZ / Ort: |  | E-Mail: |  |
|  |
|  |
| **Beistandschaftliche Massnahme:** | **Bemerkungen / Ergänzungen:** |
| [ ]  Umfassende Beistandschaft |  |
| [ ]  Vertretungsbeistandschaft |  |
| [ ]  Begleitbeistandschaft |  |
| [ ]  Mitwirkungsbeistandschaft |  |
| [ ]  keine beistandschaftliche Massnahme |  |
| **(Der Anmeldung ist eine Kopie der Verfügung der Massnahme beizulegen.)** |
|  |
| **Wenn Beistand / Beiständin:** |
| Name/Vorname: |  | Tel. G: |  |
| Behörde:(Berufsbeistände) |  |  |  |
|  |  | Tel. P |  |
| Strasse: |  | Mobil: |  |
| PL/ / Ort: |  | E-Mail: |  |
|  |
| **Aktuelle Wohnsituation:** |  |
| [ ]  Eltern / Angehörige | [ ]  selbständige Wohnsituation |
| [ ]  Wohnheim | [ ]  Schulheim | [ ]  Spital / Klinik |
| [ ]  IV-Massnahme Wohnen | [ ]  andere Wohnsituation: |  |
|  |
| Bezeichnung (Institution): | Adresse: | zuständige Person: |
|  |  |  |
|  |
|  |
| **Frühere Wohnsituationen / Heimaufenthalte:** |
| Bezeichnung: | Adresse: | zuständige Person: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
|  |
| **Aktuelle Tagesstruktur:** |
| [ ]  Schule [ ]  Tagesstätte [ ]  geschützte Werkstätte |
| [ ]  im ersten Arbeitsmarkt tätig [ ]  IV-Massnahme berufl. Eingliederung [ ]  Spital / Klinik |
| Bezeichnung (Institution): | Adresse: | zuständige Person: |
|  |  |  |
|  |
|  |
| **Frühere Tagesstrukturen:**  |
| Bezeichnung: | Adresse: | zuständige Person: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
|  |
| **Diagnose, Allergien, notfallrelevante Operationen:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Im Notfall zu beachten:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Vertretungsberechtigte Person im medizinischen Notfall:** |
| Name/Vorname: |  | Tel.: |  |
| Adresse: |  | Mobil: |  |
|  |
|  |
| Zur Zeit **behandelnder Arzt / Facharzt**, der uns ggf. Auskunft erteilen könnte: |
| Name/Vorname: |  | Tel.: |  |
| Adresse: |  | Mobil: |  |
|  |
|  |
| Zur Zeit **behandelnder Psychiater / Psychologe**, der uns ggf. Auskunft erteilen könnte:: |
| Name/Vorname: |  | Tel.: |  |
| Adresse: |  | Mobil: |  |
|  |
|  |
| **Einkünfte:** |
| **IV-Rente:**  | [ ]  ganze Rente [ ]  Dreiviertelsrente [ ]  halbe Rente [ ]  Viertelsrente[ ]  keine IV-Rente [ ]  angemeldet**(Dem Anmeldeformular ist eine Kopie der Rentenverfügung beizulegen.)** |
| **Hilflosenentschädigung:** | [ ]  keine [ ]  leicht (Aufenthalt im Heim) [ ]  mittel (Aufenthalt im Heim) [ ]  schwer (Aufenthalt im Heim) [ ]  leicht (Aufenthalt zu Hause) [ ]  mittel (Aufenthalt zu Hause) [ ]  schwer (Aufenth. zu Hause)(**Der Anmeldung ist eine Kopie der Verfügung über den HE-Anspruch beizulegen.)** |
| **Andere Einkünfte:** |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| **Gewünschter Wohn- und/oder Tagesstättenplatz:** |
| [ ]  | **Wohnheim** |
|  |  |  |  |  |  |
| [ ]  | **Tagesstätte** |
|  |
| **Bemerkung zum gewünschten Wohn- und/oder Tagesstättenplatz:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Gewünschtes Eintrittsdatum:** |  |
|  |
|  |
| **Es wird Unterstützung benötigt bei:** | **Andere Merkmale:** |
| [ ]  | Kommunikation | [ ]  | kann lesen |
| [ ]  | Unterstützter Kommunikation | [ ]  | kann schreiben |
| [ ]  | Essen | [ ]  | nonverbale Kommunikation mit:  |
| [ ]  | Trinken |  |       |
| [ ]  | Körperpflege / Duschen / Bad | [ ]  | Rollstuhl |
| [ ]  | An-/Auskleiden | [ ]  | gehbehindert |
| [ ]  | Toilette | [ ]  | kann beide Hände gut gebrauchen |
| [ ]  | Zähneputzen | [ ]  | kann Hände nur teilweise benützen |
| [ ]  | Freizeitaktivität | [ ]  | Inkontinenz |
| [ ]  | Benützung öffentlicher Verkehr | [ ]  | hörbehindert |
| [ ]  | Orientierung im Gebäude | [ ]  | sehbehindert |
| [ ]  |       | [ ]  |       |
| [ ]  |       | [ ]  |       |
| **Psychische/soziale Merkmale:** |
| [ ]  | liebt das Gruppenleben | [ ]  | ist aggressiv: |
| [ ]  | ist eher Einzelgänger: |  | [ ]  bei bestimmten Situationen  |
| [ ]  | kann sich gut selbst beschäftigen |  | [ ]  gegen Sachen |
| [ ]  | ist oft niedergedrückt (depressiv) |  | [ ]  gegen Menschen |
|  |  |  | [ ]  gegen sich selbst |
| [ ]  | Verhalten, das besonderer Betreuung bedarf:  |
|  |  |
|  |
|  |
| **Es wird regelmässig benötigt:** |
| [ ]  | ärztliche Betreuung |  |
| [ ]  | Physiotherapie |  |
| [ ]  | Anderes: |  |
|  |   |  |
| **Regelmässige Medikamente:** |
| [ ]  | ja [ ]  nein |
|  | Wenn ja: **Medikament / Dosis / Verabreichungsform** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Wie sieht die weitere Entwicklung aus?** |
| [ ]  noch grosses Entwicklungspotential | [ ]  Zustand stabil | [ ]  progressiver Verlauf  |
|  | **Bemerkung:** |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |
| **Was ist mir noch wichtig mitzuteilen?** |
|  |
|  |
|  |
| **Ich habe / Wir haben das Anmeldeformular vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt:** |
| Ort / Datum: |       |       | Unterschrift BewerberIn: |  |
|  |
| Ort / Datum: |       |       | Unterschrift Beistand/Beiständin: |  |
|  |
|  |
| **Dem Anmeldeformular liegen bei:** |
| [ ]  | Kopie Rentenverfügung | [ ]  | Kopie Ausländerbewilligung |
| [ ]  | Kopie Verfügung Hilflosenentschädigung | [ ]  | Kopie Schriftenempfangsschein |
| [ ]  | Kopie Verfügung Beistandschaftliche Massnahme | [ ]  |  |
|  |  |
|  |
|  |

**Ablage:** bei Aufnahme in Zentralakte