

Ich melde mich für das folgende Angebot an:

Wohnen Wohnen mit Tagesstruktur ohne Lohn Tagesstruktur ohne Lohn

1. Personalien

Name:	.....	Vorname:	.....
Geburtsdatum:	.....	Zivilstand:	.....
Heimatort:	.....	
Momentane Adresse:	.....	
Telefon-Nummer:	.....	Mobile Nummer:	.....
E-Mail-Adresse:	.....	
Wohnsitzgemeinde:	.....	Schriften in:	.....
AHV-Nummer:	.....	

2. Aktuelle Wohnsituation

Aktuelle Wohnform: Eigene Wohnung Klinik Andere Institution

Wohnen oder wohnen Sie schon in einer Institution: ja nein

Wenn ja, wo und wie lange:

3. Versicherungsangaben und IBB-Einstufung

Rentner / Rentenart: AHV IV falls IV, wie viel %: % in Abklärung seit:

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen: Nein Ja falls Ja, seit wann: in Abklärung seit:

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung: Nein Ja falls Ja, Stufe: in Abklärung seit:

Krankenkasse:

Unfallversicherung:

Haftpflichtversicherung:

IBB-Einstufung Wohnen: 0 1 2 3 4

IBB-Einstufung Tagesstruktur: 0 1 2 3 4

4. Fürsorgerische Angaben

Gesetzliche Vertretung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche/n?	<input type="checkbox"/> umfassende Beistandschaft	<input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft
	<input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft	<input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft
	<input type="checkbox"/> Wohnen	
	<input type="checkbox"/> Tagesstruktur	
	<input type="checkbox"/> Gesundheitliches Wohl	
	<input type="checkbox"/> Administration	
	<input type="checkbox"/> Finanzen	
Name/Vorname:	.....
Adresse, PLZ und Ort:	.....
Telefon / Mobile:	.....
E-Mail-Adresse:	.....

Sozialdienst:	Arbeiten Sie mit dem Sozialdienst zusammen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls Ja:		
Name/Vorname:	.....	
Adresse, PLZ und Ort:	.....	
Telefon / Mobile:	.....	
E-Mail-Adresse:	.....	

5. Medizinische/Psychiatrische Angaben

Diagnose (psychiatrisch/medizinisch):			
Leiden Sie unter einer Abhängigkeitsstörung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche:			
Befinden Sie sich zur Zeit in einem stationären Aufenthalt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wo:
Patientenverfügung vorhanden:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn Ja, wo?

6. Adressen

Rechnungsadresse:	<input type="checkbox"/> gleich wie gesetzliche Vertretung
Name / Vorname:	.....
Adresse:	.....
Tel.-Nummer / E-Mail:	.....

Hausarzt:	.....
Adresse:	.....
Tel.-Nr./Fax-Nr./E-Mail:	.....

Psychiater / Therapeut:	.....
Adresse:	.....
Tel.-Nr./Fax-Nr./E-Mail:	.....

Arbeitgeber:	.....
Adresse:	.....
Tel.-Nummer / E-Mail:	.....

Wichtige Bezugsperson:	.....
Bezugsgrad:	<input type="checkbox"/> (Ehe)Partner/in <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/>
Adresse:	.....
Tel.-Nummer / E-Mail:	.....

7. Berufliche Angaben

Sind Sie arbeitstätig oder besuchen Sie ein anderes Tagesstrukturangebot?	<input type="checkbox"/> 1. Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/> 2. Arbeitsmarkt (Consol/zuwebe etc.)	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, als was sind Sie tätig?	.....	
Firmenname Arbeitgeber?	.....	
Adresse und Tel.-Nr. Arbeitgeber?	.....	
Wenn nein, warum nicht?	<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Andere
Wenn andere Gründe, welche?	.....	
Tagesstruktur ohne Lohn in der Stiftung Eichholz gewünscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welches Pensum:

8. Eintritt

Gewünschtes Eintrittsdatum:	.....	
Gewünschte Wohnform:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> WG-Zimmer	<input type="checkbox"/> Studio <input type="checkbox"/> Aussen-Wohngruppe

9. Bestätigung

Die nachstehend unterzeichneten Personen bestätigen hiermit, dass die Angaben in diesem Aufnahmegesuch vollständig und wahrheitsgetreu sind.

Ort / Datum:
Unterschrift der einzutretenden Person:

Dieses Feld ist nur vom Sozialamt, gesetzlichen Vertretung oder Betreuungsperson auszufüllen (Bitte geben Sie die genaue Adresse, Tel.-Nr. und E-Mail-Adresse der Amtsstelle oder der zuständigen Person an)
Ort / Datum:
Unterschrift der zuständigen Amtsperson: