

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

<b>Gesetzliche Vertretung:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja, welche/n?</b>	<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	
<b>Name/Vorname:</b>		
<b>Adresse, PLZ und Ort:</b>		
<b>Telefon / Mobile:</b>		
<b>E-Mail-Adresse:</b>		

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

## 5. Medizinische/Psychiatrische Angaben

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

## 6. Adressen

Rechnungsadresse:  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:  (Ehe)Partner/in  Eltern  Geschwister  Kinder  .....

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:			

<b>Dieses Feld ist nur vom Sozialamt, gesetzlichen Vertretung oder Betreuungsperson auszufüllen</b> (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:			

### Gut zu wissen

Die Stiftung Eichholz legt grossen Wert auf den Schutz Ihrer Personendaten und hält sich an die relevanten datenschutzrechtlichen Grundlagen. Gespeicherte Daten werden sorgfältig verwaltet und vor Missbräuchen geschützt.

Die von uns erhobenen Daten werden nur so lange aufbewahrt, wie es zur Erfüllung des jeweiligen Zwecks notwendig ist. Gesetzliche Vorgaben oder weitere Pflichten können zu einer längeren Aufbewahrung führen.

Sie haben jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger und den Zweck der Datenverarbeitung sowie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten