

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:	<input type="checkbox"/> Eigene Wohnung	<input type="checkbox"/> Klinik	<input type="checkbox"/> Andere Institution
Wohnen oder wohnen Sie schon in einer Institution:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, wo und wie lange:	_____		

3. Versicherungsangaben und IBB-Einstufung

Rentner / Rentenart:	<input type="checkbox"/> AHV <input type="checkbox"/> IV	falls IV, wie viel %: %	<input type="checkbox"/> in Abklärung seit:
Zwingend: Letzte AHV- oder IV-Verfügung oder IV-Anmeldebestätigung beilegen. Diese wird für die Kostengutsprache benötigt.			
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	falls Ja, seit wann:	<input type="checkbox"/> in Abklärung seit:
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	falls Ja, Stufe:	<input type="checkbox"/> in Abklärung seit:
Krankenkasse:	_____		
Unfallversicherung:	_____		
Haftpflichtversicherung:	_____		
IBB-Einstufung Wohnen:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
IBB-Einstufung Tagesstruktur:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 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:	<hr/>	
Adresse, PLZ und Ort:	<hr/>	
Telefon / Mobile:	<hr/>	
E-Mail-Adresse:	<hr/>	

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

5. Medizinische/Psychiatrische Angaben

Diagnose (psychiatrisch/medizinisch):	<hr/>		
Leiden Sie unter einer Abhängigkeitsstörung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche:	<hr/>		
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?	<hr/>		
Firmenname Arbeitgeber?	<hr/>		
Adresse und Tel.-Nr. Arbeitgeber?	<hr/>		
Wenn nein, warum nicht?	<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Andere
Wenn andere Gründe, welche?	<hr/>		
Tagesstruktur ohne Lohn in der Stiftung Eichholz gewünscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welches Pensum:

8. Eintritt

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

9. Datenschutz

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.

10. Bestätigung

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

Ort / Datum:	<hr/>
Unterschrift der einzutretenden Person:	<hr/>

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:	<hr/>
Unterschrift der zuständigen Amtsperson:	<hr/>