|  |
| --- |
| **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 Arbeitsplatz:** |
| [ ]  **Produktion:** |
|  |  | [ ]  Produktionswerkstatt | [ ]  Lager | [ ]  Reinigung | [ ]  Unterhalt Umgebung |
| [ ]  | **Gastronomie:** |
|  |  | [ ]  Küche | [ ]  Service | [ ]  Verkauf |  |
| [ ]  | **Hauswirtschaft:** |
|  |  | [ ]  Reinigung | [ ]  Wäscherei |  |  |
| [ ]  | **Technischer Dienst** (Unterhaltsarbeiten & Reinigung, Garten) |
| [ ]  | **Ferienzentrum Wannental** (Garten, Tierpflege, Hauswirtschaft, Eigenproduktion) |
| [ ]  | **Administration** (Büroarbeiten) |
| [ ]  | **Hauswirtschaft Schanzacker** (Küche, Reinigung, Wäscherei) |
| [ ]  | **Mitarbeiterin Gruppenassistenz** |
|  |  |
| Bemerkung: |  |
|  |  |
|  |  |
| **Gewünschtes Eintrittsdatum:** |  |
|  |
| **Schulen, Aus- und Weiterbildungen:** |
| Art der Aus- und Weiterbildung: | Schule: | von / bis (Bsp.: 01.2014 - 12.2015) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| **Berufspraxis:**  |
| Funktion: | Arbeitgeber: | von / bis (Bsp.: 01.2014 - 12.2015) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| **Merkmale / Einschränkungen:** | Bemerkungen / Hinweise |
| [ ]  | gehbehindert |       |
| [ ]  | Rollstuhl |       |
| [ ]  | hörbehindert |       |
| [ ]  | sehbehindert |       |
| [ ]  | kognitiv eingeschränkt |       |
| [ ]  | Lesen |       |
| [ ]  | Schreiben |       |
| [ ]  | Kommunikation |       |
| [ ]  |  |       |
|  |
|  |
| **Medikamente:** |
| [ ]  ja | [ ]  nein |  | [ ]  BewerberIn möchte Medikamente nicht bekannt geben. |
|  |
|  Unterschrift BewerberIn:  ………………………….. | Unterschrift Beistand/Beiständin:………………………….. |
| Wenn ja: | **Medikament / Dosis / Verabreichungsform** |
|       |
|       |
|       |
|  |
| **Was ist mir noch wichtig mitzuteilen?** |
|       |
|       |
|  |
|  |
| **Ich habe / Wir haben die Anmeldeformulare 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 Verfügung Beistandschaftliche Massnahme | [ ]  |  |

**Ablage:** bei Aufnahme in Zentralakte