|  |
| --- |
| **Hinweise zu den Anmeldeformularen:*** Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Sie fallen unter die berufliche Schweigepflicht.
* Die Anmeldung umfasst zwei oder drei Formulare:
1. Zuerst füllen Sie bitte das vorliegende Grundformular „*Anmeldung Stiftung Altried*“ aus.
2. Anschliessend füllen Sie, je nach gewünschter Wohn- und/oder Tagesstrukturform, eines oder zwei der nachstehenden Formulare aus:[ ]  *Anmeldung Wohnheime & Tagesstätten,* [*QF4105a*](QF4105a_Anmeldung%20Wohnheime%20%26%20Tagesst%C3%A4tten.docx)[ ]  *Anmeldung Integratives & Betreutes Wohnen,* [*QF4105b*](QF4105b_Anmeldung%20Integratives%20%26%20Betreutes%20Wohnen.docx)[ ]  *Anmeldung Werkstätten,* [*QF4105c*](QF4105c_Anmeldung%20Werkst%C3%A4tten.docx)
* 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:** |  |
|  |
|  |
| Ort / Datum: |  |  | Unterschrift BewerberIn: |  |
|  |
| Ort / Datum: |  |  | Unterschrift Beistand/Beiständin: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Fortsetzung der Anmeldung:** |
| Füllen Sie nun, je nach gewünschter Wohn- und/oder Tagesstrukturform, das weitere oder die weiteren für Sie zutreffenden Formulare aus (siehe Seite 1 oben). |

**Ablage:** bei Aufnahme in Zentralakte