



Anmeldung Wohnen für: Wohngruppenplatz Heimplatz

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
Beruf	
Konfession	
Nationalität / Bürgerort	
Gesetzl. Wohnort	
Adresse	
Sozialvers.- Nummer	756.

Gewünschter
Eintrittstermin

Beistandschaft Haben Sie einen Beistand? Ja Nein

Art der Beistandschaft	<input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft
	<input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft
	<input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft
	<input type="checkbox"/> umfassende Beistandschaft
Sind Ihre Eltern Beistand?	Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	

Rechnungsadresse

Name	
Adresse	
PLZ	
Ort	

Rentenleistungen

Pendente IV- Anmeldung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
IV-Rente / IV- Massnahme	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Fr.
AHV-Rente	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Fr.
Hilflosenentschädig.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Fr.
Ergänzungsleistung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Fr.

Angehörige

welche?	
Name	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Versicherungen

Unfall	
Vers.-Nr.	
Krankenkasse	
Vers.Nr.	
Haftpflicht-Vers.	
Vers.Nr.	





Seite 2

Ansprechperson in der jetzigen Institution

Hausarzt

Name		Name	
Funktion		Adresse	
Telefon		PLZ, Ort	
Institutionsname		Telefon	
Ort der Institution		E-Mail	

Gesundheitliche Angaben

Wie geht es Ihnen körperlich?:
Wie geht es Ihnen psychisch?:
Wie mobil sind Sie: <input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> mit Gehilfe <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/>
Welchen Bedarf an Unterstützung benötigen Sie im Alltag?
Wieso möchten Sie bei uns wohnen?
Was sind Ihre Ziel bei uns?
Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an uns?





Seite 3

Wohnsituation vor Eintritt	Bitte zutreffendes ankreuzen: <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Aufenthalt bei Eltern / Angehörigen <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Behinderteneinrichtung im Kanton Zürich <input type="checkbox"/> Aufenthalt in ausserkantonaler Behinderteneinrichtung <input type="checkbox"/> Durchführung IV-Eingliederungsmassnahmen <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Klinik / Spital / Reha / Pflegeheim <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Schulheim / Sonderschule <input type="checkbox"/> Anderes nämlich:	Arbeitssituation vor Eintritt	Bitte zutreffendes ankreuzen: <input type="checkbox"/> Im 1. Arbeitsmarkt (u.a. Privatwirtschaft) <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Aus- und Weiterbildung (nicht IV) <input type="checkbox"/> Geschützte Werkstatt im Kanton ZH <input type="checkbox"/> Aufenthalt in ausserkantonaler geschützter Werkstatt welcher Kanton? <input type="checkbox"/> IV-Eingliederungsmassnahmen <input type="checkbox"/> Anderes nämlich:
Name und Adresse bisherige Institution Wohnen		Name und Adresse bisherige Institution Arbeit	

Beilagen zur Anmeldung (bitte ankreuzen):

- Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
- den ausgefüllten Fragebogen „Arzt /Bewohnereintritt“ oder einen betruerischen Überweisungsrapport
- ärztlicher Überweisungsrapport / Fragebogen Arzt/Bewohnereintritt
- betruerischer Überweisungsrapport
- Kopie IV - Verfügung oder Bestätigung der IV betreffend der pendenten Anmeldung
- Kopie des Krankenkassenausweises
- eine allfällige Bescheinigung der IV betreffend der Gewährung einer Hilflosenentschädigung
- Kopie ID oder Pass von Personen unter 18 Jahren

Ort/ Datum:..... Unterschrift:.....

Bemerkungen:

Wird durch Stiftung ausgefüllt:

Anmeldung eingegangen am: bestätigt am:.....von:.....

