

Stöckenweid
Formular

Anmeldung

Seite
1/5 Wohnplatz: Ja Nein Beschäftigungsplatz (Tagesstätte / Ateliers) Ausbildungsplatz Arbeitsplatz

**Bitte füllen Sie das Formular in Blockschrift aus. Bitte füllen Sie alle Felder aus.
Herzlichen Dank. (Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.)**

Personalien des Bewerbers / gesetzlicher Wohnsitz

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Ausländer / Aufenthaltsbewilligung:

 C B Andere

Heimatort: _____

Telefon: _____

Zivilstand: _____

Mobiltelefon: _____

AHV-Nummer: _____

E-Mail: _____

Hauptbeeinträchtigung

 Psychisch/Sucht/ASS Geistig/Körperlich

Wichtige Zusatzinformationen

Bewerbung ausserkantonale: Ja NeinKostenübernahmegarantie: Ja Nein

IV-Rente:

 Ja Nein In Prüfung

% Rente: _____

Hilflosenentschädigung:

 Keine Leicht Mittel Schwer

Angaben über Wohn- und Arbeits-Situation**Aktueller Arbeitgeber:**Name und Adresse _____
_____**Aktueller Wohnplatz:**Name und Adresse _____
_____**Aktuelle Bezugsperson:** _____**Eltern / Gesetzliche Vertreter (Beistand)**

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Geschäft: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Es besteht eine Beistandschaft: keine Vermögensverwaltung Art. 394 (Begleit-Beistandschaft) Art. 396 (Mitwirkungs-Beistandschaft) Art 394/395 (Vertretungs-Beistandschaft) Art. 398 (Umfassende Beistandschaft) Im Notfall
benachrichtigen Elternbrief zustellen

Stöckenweid
Formular**Anmeldung**Seite
3/5**Zuständige AHV/IV Ausgleichskasse:**

Stelle und Adresse: _____

IV-Kontaktperson: _____

Weitere Bezugs- und Kontaktpersonen

Name/Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon Privat: _____

E-Mail: _____

Art der Verwandtschaft (Eltern, Bruder, Onkel etc.) _____

 Im Notfall benachrichtigen**Weitere Bezugs- und Kontaktpersonen**

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon Privat: _____

E-Mail: _____

Art der Verwandtschaft (Eltern, Bruder, Onkel etc.): _____

 Im Notfall benachrichtigen

Berufliche Ausbildung

Ausbildungsstätte: _____

Berufsbezeichnung: _____

Ausbildungsdauer: von _____ bis _____

Abschluss: keinen PrA INSOS EBA EFZ**Selbständigkeit / Unterstützungs-Bedarf**Hygiene / Körperpflege selbständig mit Begleitung unselbständigToilette selbständig mit Begleitung unselbständigAn- und Ausziehen
(Kleiderwahl) selbständig mit Begleitung unselbständigEssen selbständig mit Begleitung unselbständigPflege von sozialen Kontakten
(Freundschaften) selbständig mit Begleitung unselbständigMobilität
(innerhalb/ausserhalb des Raumes) selbständig mit Begleitung unselbständigOrientierung (ÖV) selbständig mit Begleitung unselbständigUmgang mit PC / elektr. Medien selbständig mit Begleitung unselbständigUmgang mit Geld: selbständig mit Begleitung unselbständigHaushaltstätigkeiten: Welche Fähigkeiten sind vorhanden?

Stöckenweid
Formular**Anmeldung**Seite
5/5**Konto für die Überweisung des Lohnes**Name Bank- oder
Postcheck-Konto

IBAN-Nr.

Ergänzungen / Bemerkungen / Wichtige Mitteilungen:**Ort, Datum:****Unterschrift(en):**

Bewerber

Eltern / Gesetzlicher Vertreter**Bitte legen Sie der Anmeldung folgende Unterlagen bei:**

- Aktuelle Schulberichte
- Aktuelle Berichte von medizinischen / psychologischen / psychiatrischen Abklärungen
- Kopie der Rentenverfügung
- Kopie aktueller Impfausweis / Impfstatus

Haben Sie alles ausgefüllt und die kompletten Beilagen zusammen?
Dann senden Sie uns bitte alles per Post zu. Besten Dank.