

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.