**Ich melde mich für folgendes Angebot an:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wohnheim Flora  Einsiedeln | Wohnheim Bättigmatte  Seewen | Wohnheim Schäfliwiese  Buttikon |
| Wohnen und Tagesstruktur  Oder: | Tagesstruktur (ohne Wohnen) | |
| Begleitetes Wohnen (ambulantes Angebot zu Hause) | | |
| Gewünschte Nutzung des Betreuungsangebots per | | |

**Personalien Interessent / Interessentin:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| Familienname: |  |  | Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |  | Beruf: |  |
| Zivilstand: |  |  | Mailadresse: |  |
| Heimatort: |  |  | AHV-Nummer: |  |
| Wohnadresse: |  |  | Festnetzt: |  |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz: | identisch mit Wohnadresse |  | Natel: |  |
| Anderer: |  |  | E-Mail: |  |
| Krankenkasse: |  |  | Krankenkasse-Nr: |  |

**Fachpersonen / Netzwerk / Kontaktpersonen - wenn vorhanden bitte ausfüllen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| Hausarzt:  Adresse: |  |  | Telefon:  E-Mail: |  |
| Psychiater:  Adresse: |  |  | Telefon:  E-Mail: |  |
| Psychologe:  Adresse: |  |  | Telefon:  E-Mail: |  |
| Gesetzliche Vertretung: |  |  | Telefon:  E-Mail: |  |
| Beistandschaft:  Ja  Nein  In Abklärung  Vertretungsart:  Umfassender Beistand  Vertretungsbeistand  Begleitbeistand  Mitwirkungsbeistand Bereich:       *-> Kopie Ernennungsurkunde* | | | | |
| Bezugsperson:  Adresse: |  |  | Telefon:  E-Mail: |  |
| (Ehe)Partner  Eltern  Geschwister  Kinder  Andere: | | | | |

**Renten / Sozialversicherungen**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| IV-Rente\*: | ja seit  Rente in Prozent       % | | | | nein | in Abklärung seit |
| Ergänzungsleistung\*: | ja seit | | | nein | | in Abklärung seit |
| AHV Rente: | ja seit        nein | | | mit Besitzstandsgarantie | | ohne Besitzstandsgarantie |
| Hilflosenentschädigung\*: | ja seit | | | nein | | in Abklärung seit |
| Grad der Hilflosigkeit: | leichten Grades | | | mittleren Grades | | schweren Grades |
| Unterstützung Fürsorge\*: | ja seit | | | nein | |  |
| *\* = Kopie Verfügungen beilegen* | | | | | | |
| **Diagnose / aktuelle Situation** | | | | | | |
| Gemäss Arztbericht / ICD  *(falls vorhanden)* | |  | | | | |
| Beschreibung aktuelle Situation: | |  | | | | |
| **Weitere Informationen** | | | | | | |
| FU: | | Ja  nein  Verfügung\* durch:  Datum der Verfügung: | | | | |
| Straf- /Massnahmevollzug: | | Ja  nein  Verfügung\* durch:  Datum der Verfügung: | | | | |
| *\* = Kopie Verfügung beilegen*  **Zuweisende Stelle**  (Psychiatrische Kliniken, Fachärzte, Sozialdienste, Beistände oder andere; falls vorhanden) | | | | | | |
| Stelle / Dienst:  Kontaktperson:  Adresse:  Telefon und E -Mail: | |  | | | | |
| **Weiter Angaben / Bemerkungen:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Hinweis Datenschutz:**  Die Stiftung Phönix stellt sicher, dass Daten gemäss der Datenschutzgesetzgebung bearbeitet und verwaltet werden. Alle Angestellten der Stiftung Phönix Schwyz unterstehen der gesetzlichen Schweigepflicht. Weitere Informationen zur Bearbeitung der Personendaten finden Sie auf unserer Website www.phoenix-schwyz.ch | | | | | | |
| Mit Unterschrift des Anmeldeformulars bestätigen die zuweisende Stelle (falls vorhanden) sowie die Interessentin oder der Interessent, die wahrheitsgemässen und vollständigen Angaben der Informationen. Die Anmeldung der Interessentin oder des Interessenten erfolgt freiwillig.  Im Weiteren entbindet die Interessentin oder der Interessent mit ihrer Unterschrift die zuweisende Stelle (falls vorhanden) von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Stiftung Phönix Schwyz im Rahmen der Betreuungs- und Aufnahmeabklärung im Sinne dieser Anmeldung.  Zusätzliche Personen, Behörden oder Institutionen werden mittels separaten Erklärung von der Schweigepflicht entbunden (Beilage Entbindungserklärung). Entbindungserklärungen können von der Interessentin oder vom Interessent jederzeit wiederrufen werden. | | | | | | |
| Ort und Datum: | | |  | | | |
| Unterschrift Interessent/Interessentin: | | |  | | | |
| *Falls vorhanden*  Unterschrift gesetzliche Vertretung: | | |  | | | |
| *Falls vorhanden*  Unterschrift zuweisende Stelle: | | |  | | | |

**Einzureichende Dokumente:**

* Unterzeichnetes Anmeldeformular
* Unterzeichnete Entbindungserklärung

*(unter www.phoenix-schwyz.ch oder via Aufnahmestelle erhältlich)*

* Kopien Verfügungen gemäss Angaben (IV, Beistandschaft, FU, etc..)

*Zusätzlich, wenn vorhanden:*

* Pflegebericht und/ oder Arztbericht

**Ihre Anmeldung bzw. die einzureichenden Dokumente senden Sie bitte unterschrieben per Post oder E-Mail an:**

* Stiftung Phönix Schwyz, Aufnahmestelle, Schäfliwiese 1, 8863 Buttikon
* auk@phoenix-schwyz.ch
* In dringenden Aufnahmefällen bitten wir Sie zusätzlich um telefonische Kontaktaufnahme: 079 291 88 40