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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Wohnheim Flora | [ ]  Wohnheim Bättigmatte | [ ]  Wohnheim Schäfliwiese |
| [ ]  Wohnen und Tagesstruktur | [ ]  nur Tagesstruktur (für Externe) | [ ]  Begleitetes Wohnen  (Sozialbegleitung/Psychiatriespitex zu Hause) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personalien** |  |  |  |  |
|  |
| Familienname: |       |  | Vorname: |       |
|  |  |  |  |  |
| Geburtsdatum: |       |  | Beruf: |       |
|  |  |  |  |  |
| Zivilstand: |       |  | Mailadresse: |       |
|  |  |  |  |  |
| Heimatort: |       |  | AHV-/IV Nummer: |       |
|  |  |  |  |  |
| Wohnadresse: |       | Telefon: |       |
|  |  |  |  |  |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz: | [ ]  identisch mit Wohnadresse  | Anderer:  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| **Adressen** |  |  |  |  |
|  |
| Hausarzt: |       |  | Telefon: |       |
|  |  |  |  |  |
| Adresse: |       |
|  |  |  |  |  |
| Facharzt: |       |  | Telefon: |       |
|  |  |  |  |  |
| Adresse: |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Wichtige Bezugsperson: |       |  | Telefon: |       |
|  |  |  |  |  |
| Adresse: |       |
|  |  |  |  |  |
| Bezugsgrad: | [ ]  (Ehe)Partner  | [ ]  Eltern | [ ]  Geschwister | [ ]  Kinder | [ ]        |
|  |  |  |  |  |
| Gesetzlicher Vertreter: |       |  | Telefon: |       |
|  |  |  |  |  |
| Adresse: |       |
|  |  |  |  |  |
| Bezugsgrad: | [ ]  Umfassender Beistand | [ ]  Mitwirkungsbeistand | [ ]  Begleitbeistand |
|  | [ ]  Vertretungsbeistand: | Vertretung in den Bereichen:       |
|  |
|  |
|  |
| Krankenkasse: |       | Versichertennummer:  |       |
|  |  |  |  |  |
|  |
| **Renten** |  |  |  |  |
|  |
| 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 |
|  |
| **Eintritt** |
|  |
| Gewünschter Eintritt: |       |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Bemerkungen: |       |
| **Freiwilligkeitserklärung** |
| Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Eintritt freiwillig erfolgen wird. |
|  |  |  |  |  |
| Ort und Datum: |       |
|  |  |  |  |  |
| Unterschrift: |  |
| Unterschrift gesetzliche Vertretung: |  |