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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Wohnheim Flora Einsiedeln | [ ]  Wohnheim Bättigmatte Seewen | [ ]  Wohnheim Schäfliwiese Buttikon |
| [ ]  Wohnen und Tagesstruktur | [ ]  nur Tagesstruktur (für Externe im Wohnheim) |
| [ ]  Begleitetes Wohnen - BeWo (ambulantes Angebot zu Hause) |  |

**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: |       |

**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: |            |
| Vertretung in: [ ]  Umfassender Beistand [ ]  Vertretungsbeistand [ ]  Begleitbeistand [ ]  Mitwirkungsbeistand Bereich(e):       *-> Kopie Ernennungsurkunde beilegen*   |
| 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: |       |
| **Gewünschter Eintritt** |
|  |
| Gewünschter Eintritt: |       |  |  |  |
| Bemerkungen: |       |
| Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Anmeldung und ein allfälliger Eintritt freiwillig erfolgt: |
| Ort und Datum: |       |
| Unterschrift Interessen/Interessentin: |  |
| Unterschrift gesetzliche Vertretung: |  |