**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: | |  | | | | | | | |