

Absender:

Stiftung Rüttihubelbad  
Sozialtherapeutische Gemeinschaft  
Sozialdienst  
Rüttihubel 29  
3512 Walkringen

Absenderadresse entspricht:  
Der anzumeldenden Person  
Des Beistandes  
Der Bezugsperson

**Kontaktdaten:**

Aufnahmen Arbeit:

Niklaus Krebs  
Tel.: 031 700 87 60  
Mail: [niklaus.krebs@ruettihubelbad.ch](mailto:niklaus.krebs@ruettihubelbad.ch)  
HIN: [sozialdienst.ruettihubelbad@hin.ch](mailto:sozialdienst.ruettihubelbad@hin.ch)

Aufnahmen Wohnen:

Franziska Stettler  
Tel.: 031 700 87 52  
Mail: [franziska.stettler@ruettihubelbad.ch](mailto:franziska.stettler@ruettihubelbad.ch)  
HIN: [sozialdienst.ruettihubelbad@hin.ch](mailto:sozialdienst.ruettihubelbad@hin.ch)

**Anmeldung für Interessent:innen**

Wohnen	Foto
Arbeit	
Wohnen und Arbeit	
Kurzaufenthalt, Ferien	
Anderes	

## Persönliche Angaben

Name		AHV-Nr.	
Vorname		Heimatort	
Geburtsdatum		Zivilstand	
Strasse			
PLZ / Wohnort			
Telefon			
Mail			
Gesetzliche Adresse			
Beistand	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Ernennungsurkunde beilegen)	

## Adresse Beistand

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
Strasse		Telefon	
PLZ Wohnort		Mail	

## Rechnungsadresse

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
Strasse			
PLZ Wohnort			

## Kontaktadressen Bezugspersonen:

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
Strasse		Telefon	
PLZ Wohnort		Mail	
Bezug			
<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
Strasse		Telefon	
PLZ Wohnort		Mail	
Bezug			

## Rente

Wird bereits eine IV-Rente ausbezahlt?	ja		Fr/Mt
Wenn ja, wann erstmals?			
Wenn ja, Adresse der Ausgleichskasse			
Wenn nein, wurde bereits eine IV-Anmeldung eingereicht?	ja		nein
Hilflosenentschädigung?	keine		leicht
	mittel		schwer

## Zahlungsverbindung

Bank/Post IBAN-Nr.			
Rechnungsstellung per Lastschriftverfahren	ja	Bank	Post
<b>Krankenkasse</b>			Vers.-Nr.
Karten-Nr.			
Karte gültig bis			
Hausarztmodell	ja	nein	
<b>Zusatzversicherung</b>			Vers. Nr.
Karten-Nr.			
Karte gültig bis			
<b>Privathaftpflichtversicherung</b>	Agentur		
	Versicherten-Nr.		

## Grund für die Anmeldung, aktuelle Situation

Zu welchem Zeitpunkt ist der Eintritt erwünscht?		
Wer meldet den / die Bewerber:in an?		

## Wohnsituation bisher

lebt alleine	bei Angehörigen
in Institution	Name, Ort der Institution
in Klinik	Name, Ort der Klinik

<b>Angaben über die bisherige Arbeit</b>	
Bisherige Tätigkeit / Beschäftigung	
Beruf, Ausbildungen	
Ressourcen, Vorlieben, Abneigungen	

<b>Weitere Angaben</b>	
Familie, Soziales	
Freizeit, Interessen	
Unterstützungsbedarf	
Sonstiges	

### **Gesundheitliche Situation**

Beeinträchtigung wurde herbeigeführt durch	Geburtsgebrechen
	Unfall
	Krankheit
Diagnose(n)	
Kurze Beschreibung der Beeinträchtigung	
Seit wann besteht die Beeinträchtigung?	
Wichtige Informationen (Allergien, Ernährung/Diät, ...)	

Besitzt der / die Bewerber:in Hilfsmittel?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, welche?				
zuletzt ärztlich behandelt durch ...?	<input type="checkbox"/>	Hausärztin /-arzt	<input type="checkbox"/>	Psychiater:in
verordnete therapeutische Massnahme(n)				
verordnete Medikamente	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, bitte Medikamentenliste beilegen!				

**Vollmacht:** Der Sozialdienst des Rütthubelbad sowie die/der zuständige Heimärztin/Heimarzt werden hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte etc. werden von der Schweigepflicht entbunden. Ausserdem wird die zuständige IV-Stelle bzw. Ausgleichskasse zur Auskunftserteilung gegenüber dem Sozialdienst Rütthubelbad ermächtigt.

**Datenübermittlung:** Bitte senden Sie uns das Formular auf dem Postweg.

Die Datenübermittlung per E-Mail ist ohne Verschlüsselung mit Risiken verbunden. Mit Ihrer Zustellung von Informationen per E-Mail erklären Sie sich auch damit einverstanden, dass die Sozialtherapeutische Gemeinschaft der Stiftung Rütthubelbad Ihnen Mitteilungen ebenfalls und ohne besondere Verschlüsselung per E-Mail zustellt.

Datum

Unterschrift Bewerber:in

Datum

Unterschrift ges. Vertretung

Die Sozialtherapeutische Gemeinschaft der Stiftung Rütthubelbad verwendet diese von Ihnen freiwillig angegebenen Daten nur, um Ihre Anfrage bestmöglich und personalisiert bearbeiten und beantworten zu können.

Die Bearbeitung dieser Daten ist deshalb im Sinne des schweizerischen Datenschutzrechts und der europäischen DSGVO zur Durchführung von vorvertraglichen Massnahmen erforderlich bzw. liegt in unserem berechtigten Interesse gemäss schweizerischen Datenschutzrechts und der europäischen DSGVO.

Ausführliche Bestimmungen betreffend Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage. [www.ruettihubelbad.ch](http://www.ruettihubelbad.ch)