

Stiftung Rüttihubelbad, Sozialtherapeutische Gemeinschaft, Sozialdienst, 3512 Walkringen

Tel: 031 700 87 60, Niklaus Krebs, externe Aufnahmen

Tel: 031 700 87 52, Carole Bongard, interne Aufnahmen

E-Mail: sozialtherapie@ruettihubelbad.ch

Fragebogen für die provisorische Anmeldung zur Aufnahme

- Bereich Wohnen Quellenhaus und Arbeitsplatz
- Bereich Wohnen Gärtnerhaus und Arbeitsplatz
- Wohngemeinschaft für selbstständiges Wohnen und Arbeitsplatz
- geschützte Werkstätten / Tagesstätten
- Kurzaufenthalt bzw. Ferien
- Pilotprojekt Berner Model



1. Personelle Angaben

Name:	AHV/IV-Nr.:
Vorname:.....	Heimatort:.....
Geburtsdatum:	Beruf:.....
Strasse:	Zivilstand: Konf:
PLZ / Wohnort:.....	Telefon:Natel:
Zahlungsverbindung Bank/Post IBAN-Nr.	
Krankenkasse:	Zusatzversicherung:.....
Mitglied. Nr.:	Mitglied. Nr.:
Versichertenkarten-Nr:	Versichertenkarten-Nr.:
Hausarztmodell: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Privathaftpflichtversicherung:	Ich wünsche Lastschriftverfahren: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Agentur:	Wenn ja, Bank oder Post (bitte zutreffendes unterstreichen)
Versicherten-Nr.:	

Rechtliche Adresse:

Gesetzliche Vertretung (Beistand): Nein Ja

Adresse:

Name / Adresse für Rechnungsstellung.....

2. Angaben über die bisherige Tätigkeit des Bewerbers/der Bewerberin

Bisherige Tätigkeit oder Beschäftigung:

Ausbildungen:

Hat der / die BewerberIn bei der Tätigkeit Lohn bezogen? Ja Nein

Hat der / die BewerberIn eine Vorliebe bzw. Abneigung für eine bestimmte Tätigkeit? Welche Begabung?

.....

3. Wohnsituation bisher

lebt alleine bei Angehörigen in Institution in Klinik

4. Rente

Wird bereits eine IV-Rente ausbezahlt? Ja NeinFr. / Monat

Wenn ja, wann erstmals?

Wenn nein, wurde vom BewerberIn bereits eine IV-Anmeldung eingereicht? Ja Nein

Wenn ja, Adresse der Ausgleichskasse:

Hilflosenentschädigung? keine leicht mittel schwer

5. Angaben über die Beeinträchtigung

Wurde die Beeinträchtigung herbeigeführt durch Geburtsgebrechen Unfall Krankheit

Diagnose:

Kurze Beschreibung der Beeinträchtigung:

Seit wann besteht die Beeinträchtigung?

Besitzt der / die BewerberIn Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl)? Ja Nein

Wenn ja, genaue Bezeichnung:

Wer hat den / die BewerberIn zuletzt ärztlich behandelt?

Hausarzt: Psychiater:

Welche therapeutischen Massnahmen sind verordnet?.....

Muss der / die BewerberIn Arzneimittel einnehmen? Ja Nein

Wenn ja, Medikamentenliste beilegen:

Braucht der / die BewerberIn Diät? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Für welche Verrichtungen braucht der / die BewerberIn Unterstützung (z.B. Körperpflege, örtliche, zeitliche Orientierung usw.)

Bemerkungen, Wünsche:

Zu welchem Zeitpunkt ist der Eintritt erwünscht?

Wer meldet den / die BewerberIn an?

6. Kontaktadressen:

Name:	Vorname:.....
Strasse:.....	Telefon:.....
PLZ / Wohnort:.....	Email:.....
Verwandtschaftsgrad:	Angehörigenbrief <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name:	Vorname.....
Strasse:.....	Telefon:.....
PLZ / Wohnort:.....	Email:.....
Verwandtschaftsgrad:.....	Angehörigenbrief <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Vollmacht: Der Sozialdienst des Rütthubelbad sowie der zuständige 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. Ausserdem wird die zuständige IV-Stelle bzw. Ausgleichskasse zur Auskunftserteilung gegenüber dem Sozialdienst Rütthubelbad ermächtigt.

Datum: Unterschrift