

## Anmeldung Wohnen Erwachsene und Arbeit

Wohnen Erwachsene mit integrierter Beschäftigung

externe Beschäftigung

Eintritt: \_\_\_\_\_ Austritt: \_\_\_\_\_

<b>Personalien</b>	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Wohnort:
Heimatort:	Sozialversicherungsnummer:
Konfession/Religion:	Taufe ja <input type="checkbox"/> Datum: _____ nein <input type="checkbox"/>
Krankenkasse Mitgliedernummer	Sektion
Unfallversicherung	Sektion
Haftpflichtversicherung	Sektion
gewünschter Eintrittstermin	

**Foto**

Familienangaben	
Vater	Mutter
Name/Vorname	Name/ Vorname
Beruf	Beruf
Strasse	Strasse
PLZ Wohnort	PLZ Wohnort
Telefon P	Telefon P
Telefon G	Telefon G
Mobile	Mobile
Email	Email
Jahrgang	Jahrgang
Zivilstand	Zivilstand
Muttersprache	Muttersprache
Deutschkenntnisse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Deutschkenntnisse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In der Schweiz seit (bei Ausländern)	
Elterliche Sorge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Elterliche Sorge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Beistand / gesetzliche Vertretung	
Beistand/ Beiständin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name	Bitte Kopie der Ernennungsurkunde beilegen
Adresse	

<b>Im Notfall benachrichtigen:</b>
------------------------------------

<b>Geschwister / andere Personen</b>	
Name / Vorname / Adresse	Alter
Name / Vorname / Adresse	Alter
Name / Vorname / Adresse	Alter
<b>Art der Behinderung / Diagnosen</b>	

<b>Erkrankungen / medizinische Diagnosen</b>

<b>Medikamente und medizinische Betreuung</b>

<b>Haben Sie spezielle Wünsche oder weitere Hinweise bezüglich der medizinischen Betreuung allgemein?</b>

<b>Bisherige medizinische Betreuung</b> (Spitalaufenthalte, Ärzte, Physio- Ergotherapie)		
	von / bis	
	von / bis	
	von / bis	
	von / bis	

<b>Bisherige Aufenthalte / bisherige Schulung</b> (Familie, Institutionen, Lehrkräfte)		
	von / bis	
	von / bis	
	von / bis	
	von / bis	

<b>Qualifikationen</b>		
<b>Mobilität</b>		
<input type="checkbox"/> geht selbständig	<input type="checkbox"/> geht mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> benutzt Rollstuhl
<input type="checkbox"/> ist inkontinent	<input type="checkbox"/> ist Nachts inkontinent	<input type="checkbox"/> ist Tag und Nacht inkontinent
<b>Ernährung</b>		
<input type="checkbox"/> isst selbständig	<input type="checkbox"/> isst mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> isst mit voller Unterstützung
<input type="checkbox"/> Normalkost	<input type="checkbox"/> pürierte Kost	<input type="checkbox"/> Sondennahrung
<b>Alltag</b>		
<input type="checkbox"/> zieht sich an/aus	<input type="checkbox"/> zieht sich mit Unterstützung an/aus	<input type="checkbox"/> wird an- /ausgezogen
<input type="checkbox"/> kommuniziert verbal	<input type="checkbox"/> kommuniziert nonverbal	<input type="checkbox"/> benutzt Gebärden
<b>Freizeit</b>		
<input type="checkbox"/> beschäftigt sich alleine	<input type="checkbox"/> Beschäftigt sich in der Gruppe	<input type="checkbox"/> beschäftigt sich mit Anleitung
<input type="checkbox"/> passive Teilnahme am Gruppengeschehen	<input type="checkbox"/> aktive Teilnahme am Gruppengeschehen	<input type="checkbox"/> grosse Bewegungsfreude

<b>Hilfsmittel</b>		
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Lagerungskissen	<input type="checkbox"/> Buggy
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Spezialschuhe
<input type="checkbox"/> Orthese ( <i>Bein- und/oder Armschienen</i> )	<input type="checkbox"/> Stehbrett	<input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial
		<input type="checkbox"/>
Bisherigerer Hilfsmittellieferant Name / Adresse _____		

## IV-Verfügungen

**Hilflosenentschädigung (HE)**  Keine Hilflosenentschädigung  
 leichten Grades  
 mittleren Grades  
 schweren Grades

Andere (Bsp. Verfügung für  
Physio- und Ergotherapie)

**Ergänzungsleistungen (EL)**  Ja  Nein

## Sonstige Bemerkungen

Ort / Datum:

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Der Anmeldung sind beizulegen:

- IV-Verfügungen (Kopien)
- HE-Verfügung (Kopien)
- Therapieberichte
- Arztberichte
- Schulberichte
- Abschlussbericht berufliche Massnahmen
- Zuweisungsbericht
- Foto
- Ernennungsurkunde/n

## **Vollmacht**

Der/die Unterzeichnende ermächtigt die St. Josef-Stiftung alle für den Eintritt notwendigen Auskünfte und Berichte bei anderen Fachstellen (Ärzten, Spitälern, Soziale Amts- und Beratungsstellen, Invalidenversicherung usw.) einzuholen.

Die St. Josef-Stiftung verpflichtet sich, solche Auskünfte streng vertraulich zu behandeln.

Ort / Datum:

---

Unterschrift Eltern /  
gesetzliche Vertretung:

---