Dieses Formular bitte vollständig ausgefüllt per E-Mail an [*aufnahme@schlosst.ch*](mailto:aufnahme@schlosst.ch) – Vielen Dank!

|  |
| --- |
| Angaben des/der Interessierten/in |

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Nationalität

Heimatort

Mobile/Telefon

E-Mail

Zivilstand

AHV-Nr. 756.

Steuerrechtlicher Wohnsitz/Kanton

Arbeits-/Aufenthaltsbewilligung

gültig bis

Erlernter Beruf       Bisherige Tätigkeit

Aktuelle Wohnsituation  selbstständig  Eltern  Institution  Spital  Andere,

|  |
| --- |
| Kontaktperson |

Name

Vorname

Funktion       Kontaktdaten für Rückfragen

|  |
| --- |
| Interesse an |

Ferienaufenthalt  ja  nein

Wohnplatz  ja  neinWenn ja, Wunschtermin

Wenn ja, Bereich  Wohnen  Pflege

Arbeit/Beschäftigung  ja  nein

Wenn ja, Art  Tagesstruktur  Geschützte Arbeit  Lehrstelle EBA  Lehrstelle PrA  
 Praktikum  Wiedereingliederung

|  |
| --- |
| Beeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf |

Art der Beeinträchtigung  körperlich

psychisch

kognitiv

SuchtDiagnosen

Sinnesbeeinträchtigung  ja  neinWenn ja, welche

Wobei benötigen Sie Unterstützung? (Körperpflege, Arztbegleitung, etc.)      

|  |
| --- |
| Rente / Entschädigung |

Erhalten Sie eine IV-Rente?  ja  neinWenn ja,  Ganze Rente  Teilrente

Wenn nein, Stand Abklärung?

Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung?  ja  neinWenn ja,  leicht  mittel  schwer

Sind Sie Selbstzahler?  ja  nein

Beziehen Sie Sozialhilfe?  ja  nein

Haben Sie eine IBB/RAI/BESA Einstufung?  ja  nein