Dieses Formular bitte vollständig ausgefüllt per E-Mail an *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