

## Anmeldung

Gewünschte Wohnform / Standort		
<input type="checkbox"/> im <b>Bärenmoos</b>	<input type="checkbox"/> im <b>Sechtbach-Huus</b>	<input type="checkbox"/> im <b>Meilihof</b>
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer
<input type="checkbox"/> 1- bzw. 2-Zimmerwohnung		
<input type="checkbox"/> Reha-Wohngruppe für Menschen mit einer Hirnverletzung	<input type="checkbox"/> Aussenwohngruppe	
-----		
<b>Gewünschtes Eintrittsdatum:</b>		
.....		

Personalien		
Name	..... Vorname	.....
Geb.	..... Zivilstand	.....
Geschlecht	..... Sprache	.....
letzte Wohnadresse .....		
Staatsangehörigkeit	..... Kanton	.....
Tel.	..... Mobiltel.	.....
Heimatort	..... AHV-IV Nr.	.....
Beruf	..... e-mail	.....
derzeitige Wohnsituation: .....		
(Privat / IVSE-Einrichtung / Klink / Reha)		

**Diagnosen - aktuelles Problem / Hauptbehinderungsart**

.....

.....

.....

.....

.....

**Rollstuhl:**  Ja /  Nein

**1. Kontaktperson**

Name ..... Beziehungsgrad.....

Adresse .....

Telefon ..... e-mail .....

**2. Kontaktperson**

Name ..... Beziehungsgrad.....

Adresse .....

Telefon ..... e-mail .....

Wenn eine Beistandschaft besteht: Art der Beistandschaft:

- Begleitbeistandschaft**
- Vertretungsbeistandschaft**
- Mitwirkungsbeistandschaft**
- umfassende Beistandschaft**

Name .....

Adresse .....

Telefon ..... e-mail .....

<b>Hausarzt</b>	
Name	.....
Adresse	.....
Telefon	..... e-mail .....
<b>Facharzt</b>	
Name	.....
Adresse	.....
Telefon	..... e-mail .....

<b>Versicherungen (Kopie Versicherungsausweis/Police beilegen)</b>	
<b>Krankenkasse</b>	
Name	.....
Adresse	.....
Telefon	..... e-mail .....
<b>Unfallversicherung</b>	
Name	.....
Adresse	.....
Telefon	..... e-mail .....
<b>Haftpflichtversicherung</b>	
Name	.....
Adresse	.....
Telefon	..... e-mail .....

**Kostenträger (Rechnungsadresse) für die Pensionskosten** des Aufenthaltes im Wohnhaus der Stiftung WFJB:

Selbstzahler .....  
Name des Bewohners

Versicherung .....  
Name der Versicherung

Strasse ..... PLZ Ort .....

Vers.-Nr. .... Tel. Nr. ....

Beistand  
Vorname Name..... Adresse s. Seite 2

Andere  
Vorname Name ..... Telefon .....

Strasse ..... PLZ Ort .....

Behörde ..... Abteilung .....

Strasse ..... PLZ Ort .....

**Beziehen Sie Renten?**

Hilflosenentschädigung  ja  nein beantragt am:  
wenn ja **Stufe...../Fr. ....mtl.**  
**Kopie Verfügung beilegen**

IV-Rente  ja  nein beantragt am: .....  
**Kopie Verfügung beilegen**

SUVA-Rente  ja  nein beantragt am: .....  
**Kopie Verfügung beilegen**

**Anmeldung** erfolgt durch:

Interessent selbst

andere:

Vorname .....

Name .....

Strasse .....

PLZ Ort .....

Funktion .....

Tel. ....

.....  
Ort und Datum

.....  
Vorname Name