

**Anmeldeformular**  **Mitarbeiter**  **IM**  **PT**  **IA**  **TSoL..** .....

**Personalien:**

Nachname: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ/Ort: .....

Wohnhaft bei: ..... (z.B. Eltern, Wohnheim etc.)

Zivilrechtlicher Wohnsitz: .....

E-Mail: ..... Tel. Nr.: .....

Mobilnummer: ..... Geb. Datum: .....

Nationalität: ..... Heimatort: .....

Art der Aufenthaltsbewilligung\*: ..... (Kopie des Ausländerausweises beilegen)

AHV-Nr.: 756. .... Konfession: .....

Zivilstand: ..... Seit (Datum)\*\*: .....

\* Bei Ausländerbewilligung „B“ abklären, ob eine Arbeitsbewilligung nötig ist:  ja  nein

\*\* Bei Zivilstand verheiratet, geschieden oder verwitwet ausfüllen

**Finanzen:**

Bank: ..... IBAN-Nr.: .....

Name des Kontoinhabers: .....

IV-Rente:  Ganze Rente  ¾-Rente  ½-Rente  ¼-Rente  beantragt  abgelehnt  keine

Ergänzungsleistungen:  ja  nein verfügt durch Kanton: .....

Hilflosenentschädigung:  keine  leicht  mittel  schwer

Zwischenverdienst (ALK):  ja  nein Arbeitslosenkasse: .....

**Renten-Leistungen weiterer Versicherer (Angaben für das Kantonale Sozialamt):**

Versicherer	Name (z.B. Suva)	Ja/Nein	Betrag	* Stunde, Anwesenheitstag, Kalendertag, Woche, Monat, Semester, Jahr
Unfallversicherung	.....	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Fr. ....	pro* .....
Pensionskasse	.....	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Fr. ....	pro* .....
KTGV	.....	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Fr. ....	pro* .....
Andere	.....	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Fr. ....	pro* .....

**Beistandschaft**  ja  nein:

Art der Beistandschaft:  Begleitbeistandschaft  Vertretungsbeistandschaft  Vermögensverwaltung  
 Mitwirkungsbeistandschaft  umfassende Beistandschaft

Name/Vorname Beistand: ..... Strasse.: .....

PLZ/Ort: ..... Telefon-Nr.: .....

E-Mail: .....

**Tagesstruktur:**

Nutzen Sie an einem anderen Ort z.B. im Wohnheim oder anderer Institution eine Tagesstruktur?  ja  nein:

Wenn ja, wo? ..... Zu wie vielen Halbtagen? .....

**Bezugspersonen:**

Lebenspartner  Eltern  Kind  Geschwister  andere: .....

Vor-und Nachname: ..... Telefon-Nr.: .....

Strasse: ..... PLZ/Ort.: .....

E-Mail: .....

Lebenspartner  Eltern  Kind  Geschwister  andere: .....

Vor-und Nachname: ..... Telefon-Nr.: .....

Strasse: ..... PLZ/Ort.: .....

E-Mail: .....

SozialberaterIn  TherapeutIn  andere: .....

Vor-und Nachname: ..... Telefon-Nr.: .....

Strasse: ..... PLZ/Ort.: .....

SozialberaterIn  TherapeutIn  andere: .....

Vor-und Nachname: ..... Telefon-Nr.: .....

Strasse: ..... PLZ/Ort.: .....

Hausarzt  Spezialarzt  andere: .....

Vor-und Nachname: ..... Telefon-Nr.: .....

Strasse: ..... PLZ/Ort.: .....

Hausarzt  Spezialarzt  andere: .....

Vor-und Nachname: ..... Telefon-Nr.: .....

Strasse: ..... PLZ/Ort.: .....

---

**Medizinische Informationen:**

Krankheit / Behinderung:  geistig  psychisch  körperlich  
 .....

Notfallmassnahmen:  
 .....

Medikamente:  
 .....

---

**Bildung:**

Schulbildung: .....

Erlerner Beruf: .....

Letzte Arbeitsstelle: .....

(Tätigkeit / Name & Adresse Arbeitgeber)

**Bemerkungen:**

.....  
.....  
.....

**Beilagen zum Anmeldeformular:**

- IV-Verfügung oder IV-Vorbescheid
- EL-Verfügung ?
- HILO-Verfügung
- KESB-Beschluss zur Beistandschaft
- Kopie ID/Pass oder Ausländerbewilligung

**Nur für Anmeldung Wohnen** (bei Antwort „ja“ bitte ebenfalls eine Kopie beifügen):

- ja  nein Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?
- ja  nein Ist eine Vollmacht für eine med. Einrichtung vorhanden?
- ja  nein Ist eine Patientenverfügung vorhanden

Die unterzeichnende Person erklärt sich damit einverstanden, dass die Personendaten im Rahmen des Datenschutzgesetzes ausschliesslich zweckgebunden verwendet werden. Die alträ schaffhausen wird ermächtigt, den zuständigen Behörden die notwendigen Daten und Informationen zur Verfügung zu stellen.

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben:

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift