

Anmeldeformular für Bewohner - altrawohnen

Personalien

Name _____ Vorname _____

Strasse, PLZ / Ort _____

Wohnhaft bei _____

Tel.-Nr. _____ Handy _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Zivilstand _____

Kinder _____

AHV-/IV-Nr. 756. _____ (Konfession) _____

Heimatort/Nationalität _____ Ausländerbewilligung A B C F
(bitte Kopie beilegen) andere _____

Zivilrechtlicher Wohnsitz (Schriftendepot) (PLZ, Ort, Kanton) _____

Ausserkantonale: Angemeldet in (Adresse, PLZ, Ort, Kt.) _____

Eintritt von: (Vorherige Institution) _____

Finanzen

IV-Rente Beantragt Abgelehnt Ganze Rente Halbe Rente ¼ Rente In %: _____

Ergänzungsleistung (EL) ja Beantragt Abgelehnt

Hilflosenentschädigung Nein Stufe "leicht" Stufe "mittel" Stufe "schwer"

Leistungen weiterer Versicherer (Angaben für das Sozialamt)

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

Bezugspersonen, Beistand

Besteht eine Beistandschaft? ja nein Beantragt _____ Welcher Art? ZGB Art.: _____

Name/Vorname des Beistandes _____ Adresse _____

Tel.-Nr. _____

Bezugspersonen (Fortsetzung)

Angehörige (Name/Vorname) _____ Art (z.B. Eltern, Lebenspartner/in) _____

Adresse _____ Tel.-Nr. _____

Angehörige (Name/Vorname) _____ Art (z.B. Eltern, Lebenspartner/in) _____

Adresse _____ Tel.-Nr. _____

Bezugsperson (Name/Vorname) _____ Adresse _____

Tel.-Nr. _____

Sozialberater/in (Name/Vorname) _____ Adresse _____

Tel.-Nr. _____

Diese Person(en) im Notfall kontaktieren: _____

Medizinisches

Behinderung/Krankheit _____

Allergien _____

Hausarzt (Name/Vorname) _____ Adresse _____

Tel.-Nr. _____

Spezialarzt (Name/Vorname) _____ Adresse _____

Tel.-Nr. _____

Therapeut/in (Name/Vorname) _____ Adresse _____

Tel.-Nr. _____

Notfallmassnahmen _____

Medikamente

Besonderes

Bemerkungen

Ort, Datum

Unterschrift

Dieser Anmeldung bitte folgende Unterlagen (Kopien) beiliegen, zutreffendes bitte ankreuzen:

- IV-Verfügung oder IV-Vorbescheid
- EL-Verfügung oder EL-Vorbescheid
- Unterlagen über den Bezug einer Hilflosenentschädigung
- KESB-Beschluss (Beistandschaft)
- Ausländerbewilligung
- Krankenkasse Police
- Vollmacht / Legitimation

Folgendes bitte ankreuzen (bei Antwort „Ja“ bitte ebenfalls Kopie beilegen):

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist eine Patientenverfügung vorhanden? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist eine Vollmacht für medizinische Entscheidungen vorhanden? |

Vom Wohnheim auszufüllen:

Eintritt per:

IBB Stufe:

Kopie an Sekretariat FAM