



Anfrage für einen Wohnplatz

(Bitte alle zurzeit bekannten Daten eintragen/Fragen beantworten)

Die im folgenden eingetragenen Daten und Angaben unterliegen dem Bundesgesetz über den Datenschutz.

1. Personalien:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Heimatort/Nationalität:

Konfession: AHV/IV-Nr.:

Wohnadresse:

Name: Strasse:

PLZ/Ort: Tel.: Mobil:

Gesetzlicher Wohnsitz in:

(Schriften deponiert in)

2. Art des Aufenthalts

Interesse an unbefristetem Aufenthalt : (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Gewünschter Eintrittstermin:

oder

Interesse an befristetem Aufenthalt: von:..... bis:.....

3. Angaben zur Familie:

Mutter (Name, Vorname):

Vater (Name, Vorname):

Adresse..... PLZ/Ort:

Tel. P: Tel. G: Mobil:

Geschwister (Name, Vorname, Jahrgang):

.....

.....

.....

.....

Wichtigste Bezugsperson:

Name/Vorname: Adresse:

PLZ/Ort: Tel.: Mobil:

4. Beistandschaft: (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Keine
- Begleitbeistandschaft (Art. 393 ZGB)
- Vertretungsbeistandschaft (Art. 394 ZGB und Art. 299 ZPO)
- Mitwirkungsbeistandschaft (Art. 396 ZGB)
- umfassende Beistandschaft (Art. 398 ZGB)

Beistand: Name/Vorname:

Adresse..... PLZ/Ort:

Tel.: Mobil:

5. Finanzierung

IV-Rente: ^{1/4} ^{1/2} ^{1/1} (bitte Zutreffendes ankreuzen)

zuständige IV-Stelle:

Hilflosenentschädigung: keine leicht mittel schwer

6. Art der Beeinträchtigung und genereller Unterstützungsbedarf: (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Kognitive (geistige) Beeinträchtigung JA NEIN wenn JA leicht mittel schwer
- Down-Syndrom
- Sekundäre/andere Beeinträchtigungen: (z.B. Psyche/Körper/Hirn/Augen/Gehör etc.) leicht mittel schwer

- Unterstützungsbedarf pflegerisch kaum leicht mittel schwer
- Unterstützungsbedarf im Alltag (agogisch)

- Epilepsie/Anfallskrankheiten JA NEIN
- Inkontinenz wenn JA Tag Nacht
- Diät wenn JA welche
- Medikamente wenn JA welche

• Chronische Krankheiten

7. Benötigte Hilfsmittel: (bitte Zutreffendes ankreuzen)

	JA	NEIN		ganz	teilweise
• Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn JA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn JA, welche:	
• Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn JA, welche:	
• Stützapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn JA, welche:	

8. Kompetenzen (Fähigkeiten) in den Aktivitäten:

	vorhandene Kompetenzen		
	wenig	mittlere	alle
• Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sich Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rasieren / Kosmetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• An-Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• WC-Gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fortbewegen im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausgang im Nahbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Benützung öffentlicher Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Reisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kontakte pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sich mitteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit anderen aktiv sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Freizeitvorlieben-Hobbys:
.....
.....

Aktiv in einem Verein, Name/wo:

9. Besonderheiten-Bemerkungen:

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

Formular wurde ausgefüllt von (Name/Funktion):
.....

PLZ/Ort: Datum:

Unterschrift/en: