

Anmeldeformular / Datenstammblatt Klienten

(sämtliche Daten werden gemäss Datenschutzgesetz vertraulich behandelt)
(die gewählte Form hat stets auch für das andere Geschlecht Gültigkeit)

Wohnen: <input type="checkbox"/> Wohnheim Horgen <input type="checkbox"/> Wohnhaus Rüschlikon <input type="checkbox"/> Aussenwohngruppe	
Arbeiten: <input type="checkbox"/> Abklärung <input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> Förderungsarbeit <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft <input type="checkbox"/> Werkstatt	
Eintritt erwünscht am:	Verpflegung Betriebskantine: Essen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Pause: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dauer: <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis:	Transport durch Institution erforderlich: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Personalien des Interessenten / Klienten

Name:	Vorname:
Strasse/Nr:	PLZ/Ort:
Telefon:	Geburtsdatum:
Gesetzlicher Wohnsitz: <small>(bitte Kopie der Wohnsitzbescheinigung beilegen)</small>	Heimatort/Staat:
Zivilstand:	Konfession:
AHV-Nr.:	IV-Anerkennung / Rente: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behinderungsart: <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> sinnes <input type="checkbox"/> psychisch <input type="checkbox"/> mehrfach	
Hilflosenentschädigung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Grad: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
Wann wurde zuletzt der Grad der Hilflosigkeit erhoben/überprüft?	Datum: <input type="checkbox"/> Nie
Bitte Kopie der Verfügung beilegen	
Hilfe nötig beim: <input type="checkbox"/> Essen <input type="checkbox"/> Ankleiden <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme	

Name und Adresse der nächsten Angehörigen

<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/>	
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Strasse/Nr:	Strasse/Nr:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	E-Mail:
Geschwister: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Anzahl: Adresse (Angabe erwünscht aber nicht zwingend):	

Gesetzliche Vertretung (gilt zugleich als Rechnungs- Korrespondenzadresse)

<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Beistand <small>(Gegebenenfalls bitte Kopie der KESB Verfügung beilegen)</small>	Art der Beistandschaft:
Name:	Vorname:
Strasse/Nr:	Telefon:
PLZ/Ort:	E-Mail:

Weitere wichtige Adressen

Hausarzt Name: Strasse/Nr: PLZ/Ort: Telefon: E-Mail:	Zahnarzt Name: Strasse/Nr: PLZ/Ort: Telefon: E-Mail:												
Weitere Spezialärzte <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Funktion:</td> <td style="width: 50%;">Funktion:</td> </tr> <tr> <td>Name:</td> <td>Name:</td> </tr> <tr> <td>Strasse/Nr:</td> <td>Strasse/Nr:</td> </tr> <tr> <td>PLZ/Ort:</td> <td>PLZ/Ort:</td> </tr> <tr> <td>Telefon:</td> <td>Telefon:</td> </tr> <tr> <td>E-Mail:</td> <td>E-Mail:</td> </tr> </table>		Funktion:	Funktion:	Name:	Name:	Strasse/Nr:	Strasse/Nr:	PLZ/Ort:	PLZ/Ort:	Telefon:	Telefon:	E-Mail:	E-Mail:
Funktion:	Funktion:												
Name:	Name:												
Strasse/Nr:	Strasse/Nr:												
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:												
Telefon:	Telefon:												
E-Mail:	E-Mail:												
Obligatorische Krankenversicherung:	Mitglieder Nr:												
<small>(nur für Heimbewohner)</small> Allfällige Zusatzversicherung:	Mitglieder Nr:												
Haftpflichtversicherung:													
Bisherige Institution & Kontaktperson im Arbeits- oder Beschäftigungsbereich													
Bisherige Institution & Kontaktperson im Wohnbereich													

Medizinische Betreuung / Medikamente

Sind Krankheiten bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche:
Können falls nötig diesbezüglich Unterlagen beim Arzt eingefordert werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> auf Anfrage gerne		
Sind Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche:
Sind Medikamente erforderlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte Kopie der aktuellen ärztlichen Verordnung beilegen)	Welche:

Welche therapeutisch indizierten Massnahmen werden bis heute durchgeführt?

Art	Dauer (von-bis)	Häufigkeit pro Woche	Name und Adresse des Therapeuten
<input type="checkbox"/> Physiotherapie			
<input type="checkbox"/> Psychologische Betreuung			
<input type="checkbox"/> Andere Therapien			

Sind besondere Hilfsmittel erforderlich?

Art des Hilfsmittels (z.B. Rollstuhl, Sehhilfen, Hebelift, usw.)	bisherige Kontaktperson für Hilfsmittelanpassung (z.B. Name und Adresse des Orthopäden)
---	--

Finanzierung

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie bereits einmal einen Antrag für Ergänzungsleistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wünschen Sie bezüglich Anträge für allfällige Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung Beratung und Unterstützung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bank- oder Postscheckkonto für obligatorische bargeldlose Lohnzahlung

Bank:	IBAN Nr. (zwingend):
Filiale:	Name Kontoinhaber:

Allfällige Kinderzulagen für Mitarbeitende am geschützten Arbeitsplatz

Kinder bis 25 Jahre Anzahl (Wenn ja Kopie Familienbüchlein oder Ausbildungsbestätigung beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Arbeitet Ihr Partner im Kanton Zürich? Ist Ihre Jahresbesoldung höher als diejenige Ihres Partners? (Jahresverdienst von allen Arbeitgebern zusammengerechnet)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--	---	--

Datum:

Unterschrift Klient oder gesetzliche Vertretung:

Wird durch die sachbearbeitende Person unserer Institution ausgefüllt:

Eingangsdatum Anmeldung in Stiftungssekretariat

Auf Anmeldungs- und Warteliste eingetragen Ja Nein Datum: durch:

Erstgespräch mit Betriebs- /Gesamtleitung durch / am:

Schnupperzeit von - bis: Wo?:

Auswertungsgespräch am:

Aufnahmeentscheid am:

Kündigungsfristen an bisherigem Wohn- und/oder Arbeitsort:

Vereinbartes Eintrittsdatum:

Ort Wohngruppe: Bezugsperson Wohnen:

Ort/ Abteilung Arbeiten: Kontaktperson Arbeiten:

Vertrag erstellt für:

- Wohnen temp. Wohnplatz Tagesstätte (inkl. Präsenzzeit)
- Gesch. Arbeitsplatz (inkl. Arbeitszeit- & Lohnvereinbarung)
- Eingliederungs- und Ausbildungsplatz: Bezeichnung
- Anlehre PrA INSOS Attest (EBA) Lehre (EFZ) berufliche Abklärung/Arbeitstraining

Nr. der IV-Verfügung von – bis: Datum:

Meldung an Kanton via ASBB erfolgt am: Datum: durch:

Ablage Dokument: Nach Erfassung im ASBB → Klientendossier