

Anmeldung

Gewünschte Wohnform

Wohnhuus Bärenmoos
8942 OberriedenEinzelzimmer
1- bzw. 2- Zimmerstudio
REHA-Wohngruppe**Sechtbach-Huus**
8180 BülachEinzelzimmer
Aussenwohngruppe**Wohnhuus Meilihof**
8925 EbertswilEinzelzimmer
FerienzimmerGewünschtes Eintrittsdatum:

Personalien

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Zivilstand:

Sprache:

Heimatort:

Wohnkanton:

Telefonnummer:

E-Mail:

Beruf:

AHV-IV Nummer:

Gesetzlicher Wohnsitz

Bitte Kopie der Wohnsitzbestätigung beilegen.

Strasse:

Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Derzeitige Wohnsituation

Zuhause | IVSE-Einrichtung | Spital | REHA

Name der Institution: _____

Strasse: _____

Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Kontaktperson: _____

Telefonnummer: _____

Motivation zur Anmeldung

Art der Beeinträchtigung

Körperlich

Hirnverletzung

Psychisch

Sinnes / Geistig

Diagnose: _____

Aktuelle/s Situation/Problem: _____

Hilfsmittel

Nicht benötigt

Rollator

Handrollstuhl

Elektrorollstuhl

Beistandschaft

Es besteht keine Beistandschaft

Beistandschaft beantragt am: _____

Angaben zur Beistandschaft

Begleitbeistandschaft

Vertretungsbeistandschaft

Mitwirkungsbeistandschaft

Umfassende Beistandschaft

Ort / Behörde der Beistandschaft: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Kontaktpersonen

1. Kontaktperson

| | |
|-----------------|-------------|
| Nachname: | Vorname: |
| Strasse: | Hausnummer: |
| Beziehungsgrad: | |
| Postleitzahl: | Ort: |
| Telefonnummer: | E-Mail: |

2. Kontaktperson

| | |
|-----------------|-------------|
| Nachname: | Vorname: |
| Strasse: | Hausnummer: |
| Beziehungsgrad: | |
| Postleitzahl: | Ort: |
| Telefonnummer: | E-Mail: |

Hausarzt

| | |
|----------------|-------------|
| Nachname: | Vorname: |
| Strasse: | Hausnummer: |
| Postleitzahl: | Ort: |
| Telefonnummer: | E-Mail: |

Facharzt

| | |
|----------------|-------------|
| Nachname: | Vorname: |
| Strasse: | Hausnummer: |
| Postleitzahl: | Ort: |
| Telefonnummer: | E-Mail: |

Versicherungen

Bitte Kopien von Versicherungspolice beilegen.

Krankenkasse

Name:

Versicherungsummer:

Strasse:

Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Unfallversicherung

Name:

Versicherungsummer:

Strasse:

Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Haftpflichtversicherung

Name:

Versicherungsummer:

Strasse:

Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Kostenträger (Rechnungsadresse)

für die Kosten des Aufenthaltes im Wohnhaus der Stiftung WFJB

| | |
|----------------------|-----------------------------------|
| Selbstzahler | Name: |
| Beistand | <i>Siehe Punkt Beistandschaft</i> |
| Versicherung | Name: |
| Versicherungsnummer: | |
| Strasse: | Hausnummer: |
| Postleitzahl: | Ort: |
| Telefonnummer: | E-Mail: |
| Anderer Kostenträger | |
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | Hausnummer: |
| Postleitzahl: | Ort: |
| Telefonnummer: | E-Mail: |

Beziehen Sie Renten?

Bitte Kopie der Verfügungen beilegen.

| | | | |
|------------------------|--------------|------|----------------------------|
| IV Rente | Ja | Nein | Beantragt am: |
| Suva Rente | Ja | Nein | Beantragt am: |
| Hilflosenentschädigung | Ja Stufe: | Nein | Beantragt am: CHF/mtl.: |
| Ergänzungsleistungen | Ja | Nein | Beantragt am: |

Anmeldung erfolgt durch

Interessent selber

Andere

Funktion:

Nachname:

Vorname:

Strasse:

Hausnummer:

Postleitzahl:


Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Ort und Datum

Unterschrift

 Bitte senden Sie die Anmeldung an die zuständige Hausleitung.