

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

Elektrollstuhl

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 Versicherungspolicen 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 Herrn Tomislav Simic:

*Wohnhuus Bärenmoos
Im Bärenmoos 6
8942 Oberrieden*

oder per E-Mail an: tomislav.simic@baerenmoos.ch