

| | | |
|-------------------------|------------------|--------------|
| Stöckenweid Formular | Anmeldung | Seite 1/5 |
|-------------------------|------------------|--------------|

- Anmeldung für Schnupperzeit Wohnplatz (Ja Nein) Aussenwohngruppe
 Beschäftigungsplatz (Tagesstätte / Ateliers) Ausbildungsplatz Arbeitsplatz

Bitte füllen Sie das Formular in Blockschrift aus. Bitte füllen Sie alle Felder aus.

Herzlichen Dank. (Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.)

| | |
|--|--|
| Personalien des Bewerbers / gesetzlicher Wohnsitz | |
| Name: _____ | Vorname: _____ |
| Strasse: _____ | PLZ/Ort: _____ |
| Geburtsdatum: _____ | Ausländer / Aufenthaltsbewilligung: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Andere |
| Heimatort: _____ | Telefon: _____ |
| Zivilstand: _____ | Mobiltelefon: _____ |
| AHV-Nummer: _____ | E-Mail: _____ |

| | |
|---|--|
| Hauptbeeinträchtigung | |
| <input type="checkbox"/> Kognitiv/geistig | <input type="checkbox"/> Sinnes |
| <input type="checkbox"/> Hirnverletzt | <input type="checkbox"/> Körperlich |
| <input type="checkbox"/> Psychisch | <input type="checkbox"/> Autismus Spektrum Störung |

| | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Wichtige Zusatzinformationen | | | | |
| Bewerbung ausserkantonal: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Kostenübernahmegarantie: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | |
| IV-Rente: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> In Prüfung | |
| % Rente: _____ | | | | |
| Hilflosenentschädigung: | <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Leicht | <input type="checkbox"/> Mittel | <input type="checkbox"/> Schwer |
| IBB Einstufung Wohnen: | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| | <input type="checkbox"/> 4 | | | |
| | Punkteanzahl: _____ | | | |

| | | | |
|---|------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Ersteller: QM-Verantw. | Prüfer: GL, BL, Admin. | Freigeber: GL, BL | Datenbank: CD-QM |
| Erstelltdatum: Sept. 2010 | Prüfdatum: Sept. 10 | Freigabedatum: Sept. 10 | letzte Änderung: März 2018 |
| Dateiname: Aufnahme- und Austrittsreglement | | | Ordner Nr: 6.8. |

Angaben über Wohn- und Ausbildungs-Situation**Aktueller Arbeitgeber:**

Name und Adresse

Aktueller Wohnplatz:

Name und Adresse

Aktuelle Bezugsperson: _____

Letzter Wohn- und Arbeitsplatz:

Wohnplatz: _____ von _____ bis _____

Arbeitsplatz: _____ von _____ bis _____

Eltern / Gesetzliche Vertreter (Beistand)

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____

Mobiltelefon: _____ E-Mail: _____

Es besteht eine Beistandschaft:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Vermögensverwaltung |
| <input type="checkbox"/> Art. 394 (Begleit-Beistandschaft) | <input type="checkbox"/> Art. 396 (Mitwirkungs-Beistandschaft) |
| <input type="checkbox"/> Art 394/395 (Vertretungs-Beistandschaft) | <input type="checkbox"/> Art. 398 (Umfassende Beistandschaft) |

Im Notfall
benachrichtigen Elternbrief zustellen

| | | |
|-------------------------|------------------|--------------|
| Stöckenweid Formular | Anmeldung | Seite 3/5 |
|-------------------------|------------------|--------------|

Zuständige AHV/IV Ausgleichskasse:

Stelle und Adresse: _____

IV-Berufsberatung:
(bei Ausbildung) _____**Weitere Bezugs- und Kontaktpersonen**

Name/Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon Privat: _____ E-Mail: _____

Art der Verwandtschaft (Eltern, Bruder, Onkel etc.) _____

 Im Notfall benachrichtigen**Weitere Bezugs- und Kontaktpersonen**

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon Privat: _____ E-Mail: _____

Art der Verwandtschaft (Eltern, Bruder, Onkel etc.): _____

 Im Notfall benachrichtigen**Letzte besuchte Schule**

| Schule | Ort | von | bis |
|--------|-----|-----|-----|
| | | | |

| | | | |
|---|------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Ersteller: QM-Verantw. | Prüfer: GL, BL, Admin. | Freigeber: GL, BL | Datenbank: CD-QM |
| Erstelltdatum: Sept. 2010 | Prüfdatum: Sept. 10 | Freigabedatum: Sept. 10 | letzte Änderung: März 2018 |
| Dateiname: Aufnahme- und Austrittsreglement | | | Ordner Nr: 6.8. |

Berufliche Ausbildung

Ausbildungsstätte: _____

Berufsbezeichnung: _____

Ausbildungsdauer: von _____ bis _____

Abschluss: keinen PrA INSOS EBA EFZ**Selbständigkeit / Unterstützungs-Bedarf**Hygiene / Körperpflege selbständig mit Begleitung unselbständigToilette selbständig mit Begleitung unselbständigAn- und Ausziehen
(Kleiderwahl) selbständig mit Begleitung unselbständigEssen selbständig mit Begleitung unselbständigPflege von sozialen Kontakten
(Freundschaften) selbständig mit Begleitung unselbständigMobilität
(innerhalb/ausserhalb des Raumes) selbständig mit Begleitung unselbständigOrientierung (ÖV) selbständig mit Begleitung unselbständigUmgang mit PC / elektr. Medien selbständig mit Begleitung unselbständigUmgang mit Geld: selbständig mit Begleitung unselbständig

Haushaltstätigkeiten: Welche Fähigkeiten sind vorhanden?

Sportliche Aktivitäten und Freizeit:

Bevorzugte Freizeitaktivitäten/Vereinsaktivitäten:

Mitgliedschaft in Vereinen und Clubs:

Ort _____ Verein, Club, Tätigkeit _____ Training am: _____

| | | | |
|---|------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Ersteller: QM-Verantw. | Prüfer: GL, BL, Admin. | Freigeber: GL, BL | Datenbank: CD-QM |
| Erstelltdatum: Sept. 2010 | Prüfdatum: Sept. 10 | Freigabedatum: Sept. 10 | letzte Änderung: März 2018 |
| Dateiname: Aufnahme- und Austrittsreglement | | | Ordner Nr: 6.8. |

Konto für die Überweisung des Lohnes

| | |
|---------------------------------|--|
| Name Bank- oder Postcheck-Konto | |
| IBAN-Nr. | |
| Lohn in bar: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nur einen Teilbetrag, CHF _____ |

Ergänzungen / Bemerkungen / Wichtige Mitteilungen:

Fotos:

Sind Sie (Bewerber/In und/oder Eltern / Gesetzliche Vertreter) einverstanden, dass Fotos von Ihnen bzw. Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes in Stöckenweid Broschüren verwendet werden?

Ja Nein Bemerkung: _____

Ort, Datum:**Unterschrift(en):**

Bewerber

Eltern / Gesetzlicher Vertreter

Bitte legen Sie der Anmeldung folgende Unterlagen bei:

- Aktuelle Schulberichte
- Aktuelle Berichte von medizinischen / psychologischen / psychiatrischen Abklärungen
- Kopie vom AHV Ausweis
- Kopie der Rentenverfügung
- Kopie aktueller Impfausweis / Impfstatus

Haben Sie alles ausgefüllt und die kompletten Beilagen zusammen? Dann senden Sie uns bitte alles per Post zu. Besten Dank.

| | | | |
|---|------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Ersteller: QM-Verantw. | Prüfer: GL, BL, Admin. | Freigeber: GL, BL | Datenbank: CD-QM |
| Erstelltdatum: Sept. 2010 | Prüfdatum: Sept. 10 | Freigabedatum: Sept. 10 | letzte Änderung: März 2018 |
| Dateiname: Aufnahme- und Austrittsreglement | | | Ordner Nr: 6.8. |