

Anmeldung

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

(Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.)

Wohnplatz	<input type="text"/>
Beschäftigungsplatz	<input type="text"/>
Arbeitsplatz	<input type="text"/>
Ausbildungsplatz	<input type="text"/>

Angaben zur Person/ gesetzlicher Wohnsitz

Name	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	<input type="text"/>	
Zivilstand	<input type="text"/>	
AHV-Nummer	<input type="text"/>	
Heimatort	<input type="text"/>	
Ausländer / Aufenthaltsbewilligung	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	
Mobiltelefon	<input type="text"/>	
E-Mail	<input type="text"/>	
Strasse	<input type="text"/>	
PLZ/ Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben über die individuelle Ausgangslage

Psychisch	<input type="text"/>
Sucht	<input type="text"/>
ASS	<input type="text"/>
Körperlich	<input type="text"/>
Geistig	<input type="text"/>
Sonst	<input type="text"/>

Wichtige Zusatzinformationen

Bewerbung ausserkantonale	<input type="text"/>	
Kostenübernahmegarantie	<input type="text"/>	
IV-Rente	<input type="text"/>	<input type="text"/> % Rente
Hilflosenentschädigung	<input type="text"/>	

Angaben über den aktuellen Wohnplatz

Name	<input type="text"/>	
Strasse	<input type="text"/>	
PLZ/ Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben über die aktuelle Arbeitssituation

Name des aktuellen Arbeitgebers	<input type="text"/>	
Strasse	<input type="text"/>	
PLZ/ Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur aktuellen Bezugsperson

Name	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	

Gesetzliche Vertretung/ Eltern

Name	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	
Strasse	<input type="text"/>	
PLZ/ Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon Privat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon Geschäft	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobiltelefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	

Angaben zur Beistandschaft

Beistandschaft	<input type="text"/>
Im Notfall benachrichtigen	<input type="text"/>
Elternbrief zustellen	<input type="text"/>

Zuständige AHV/IV Ausgleichskasse

Name der Stelle	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Name der IV-Kontaktperson	<input type="text"/>

Weitere Bezugs- und Kontaktpersonen

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ/ Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Falls verwand, dann Art der Verwandtschaft	<input type="text"/>
Im Notfall benachrichtigen	<input type="text"/>

Berufliche Ausbildung

Berufsbezeichnung	<input type="text"/>
Ausbildungsbetrieb	<input type="text"/>
Ausbildungsdauer	Von <input type="text"/> Bis <input type="text"/>
Abschluss	<input type="text"/>

Unterstützungsbedarf	selbständig	teilweise selbstständig	mit Begleitung
Hygiene / Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (innerhalb/ ausserhalb des Raumes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung (ÖV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit PC, elektronischen Medien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege von sozialen Kontakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alltagskompetenzen

(Bsp. Kochen, Reinigung und Ordnung, Haushaltsorganisation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Kontoverbindung (für den Lohn)

Name Bank	<input type="text"/>
IBAN-Nr	<input type="text"/>



Ergänzungen/ Bemerkungen/ wichtige Mitteilungen

--

Ort, Datum

Unterschriften

Bewerber

Gesetzliche Vertretung/ Eltern

Bitte legen Sie der Anmeldung folgende Unterlagen bei

Aktuelle Schulberichte

Aktuelle Berichte von medizinischen / psychologischen / psychiatrischen Abklärungen

Kopie der Rentenverfügung

Kopie aktueller Impfausweis / Impfstatus

Bitte senden Sie die vollständigen Unterlagen per Post an

Stiftung Stöckenweid

z.Hd. Herr Manfred Reisinger

Bünishoferstrasse 295

8706 Meilen