

## Anmeldung

**Bitte füllen Sie das Formular in Blockschrift aus. Bitte füllen Sie alle Felder aus.**  
(Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.)

**Wohnplatz**

**Beschäftigungsplatz**

**Arbeitsplatz**

**Ausbildungsplatz**

### Angaben zur Person/ gesetzlicher Wohnsitz

Name

Vorname

Geburtsdatum

Zivilstand

AHV-Nummer

Heimatort

Ausländer /  
Aufenthaltsbewilligung

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Strasse

PLZ/ Ort

### Angaben über die individuelle Ausgangslage

Psychisch

Sucht

ASS

Körperlich

Geistig

Sonst

### Wichtige Zusatzinformationen

Bewerbung ausserkantonal

Kostenübernahmegarantie

IV-Rente

% Rente

Hilflosenentschädigung

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

### Berufliche Ausbildung

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

Unterstützungsbedarf	selbstständig	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"/>
<b>Alltagskompetenzen</b>			
(Bsp. Kochen, Reinigung und Ordnung, Haushaltsorganisation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Kontoverbindung (für den Lohn)

Name Bank	
IBAN-Nr	



### 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