Anmeldung Werkstatt (externe Tagesstruktur)

**Gewünschter Arbeitsbeginn**: ........................................................

 **Zu meiner Person:**

Name: ................................................... Vorname: ...................................................

Geburtsdatum: ................................................... AHV-Nummer: ...................................................

Zivilstand: ................................................... Kinder: ...................................................

Heimatort: ................................................... Konfession: ...................................................

Beruf: ................................................... Nationalität ..................................................

**Bank- oder Postkonto für Lohnüberweisung:**

Bank/Post Name: ……………………………………………...
Bank/Post Ort:. ……………………………………………...

Bank/Post Konto IBAN: ………………………………………………
Inhaber/Lautend auf: ………………………………………………

 **Zivilrechtlicher Wohnsitz (finanzielle Zuständigkeit):**

Strasse, Nr.: ...................................................

PLZ, Ort: ................................................... Kanton: ...................................................

**Aktueller Wohnsitz:**

Strasse, Nr.: ...................................................

PLZ, Ort: ................................................... Kanton: ...................................................

Telefon-Nr.: ...................................................

 **Versicherungen:**

Krankenkasse: ................................................... Sektion: ...................................................

Versicherungsnummer: ......................................Unfallrisiko eingeschlossen: [ ]  ja [ ]  nein

Versichert für: [ ]  allg. [ ]  allg. ganze CH [ ]  ½ Privat [ ]  Privat

Haftpflicht-Versicherung: ...................................................................................................

Versicherungsnummer: ..................................................................................................

 **Haben Sie eine IV-Rente?** [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  in Abklärung

Wenn ja, Umfang? …….…% [ ]  ¼-Rente [ ]  ½-Rente [ ]  ¾ Rente [ ]  ganze Rente

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen (EL)? [ ]  Ja [ ]  Nein Kanton: ……………….

Grad der Hilflosigkeit (HE) [ ]  keine [ ]  leicht [ ]  mittel [ ]  schwer

**Gewünschter Beschäftigungsgrad:** ………………% ………..Tage/Woche
 **Haben Sie bisher schon in einer Geschützten Werkstatt gearbeitet**? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja: Welche Institution: ...................................................................................................

**Bezugspersonen:**

Name, Funktion und Adresse ihrer nächsten Angehörigen:

Name, Vorname: ................................................ Funktion: ......................................

Strasse, Nr.: .................................................. Telefon: ........................................

PLZ, Ort: ............................................................ E-Mail: ..........................................

**Haben Sie eine gesetzliche Vertretung?**

[ ]  keine Beistandschaft [ ]  Umfassende Beistandschaft [ ]  Andere Beistandschaft

Name: ................................................. Vorname: .............................................................

Adresse: ...........................................................................................................................................

Telefon:.................................................. E-Mail: ..................................................................

**Bemerkungen:**

Besonderes: ...............................................................................................................................................

Ort, Datum: .........................................................

Unterschrift Klient: .......................................

Original: Klientendokumentation

Kopie: Klient