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