Anmeldung Wohnen mit integrierter Beschäftigung der Murg-Stiftung

**Gewünschter Eintrittstermin**: ........................................................

**Zu meiner Person:**

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

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

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

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

Nationalität: ................................................... Telefon: …………………………………….

**Bank- oder Postkonto:**

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

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

**Zivilrechtlicher Wohnsitz beim Ersteintritt (finanzielle Zuständigkeit):**

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

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

**Aktueller Aufenthaltsort:**

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

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

**Wohnsituation vor Eintritt:**

Privat wohnhaft  Einrichtung Welche Einrichtung: ……………………………...

**Tagesstruktursituation vor Eintritt:** ................................................................................................................................................................

**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

**Bezugspersonen:**

Name, Funktion und Adresse ihrer nächsten Angehörigen:

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

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

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

**Haben Sie einen Hausarzt?**  Ja  Nein

Name: .................................................. Telefon: ……………………………..

Strasse: .................................................. PLZ, Ort: ..........................................

**Haben Sie einen Facharzt (Psychiater)?**  Ja  Nein

Name: .................................................. Telefon: ……………………………..

Strasse: .................................................. PLZ, Ort: .......................................... .

**Haben Sie eine gesetzliche Vertretung?**

keine Beistandschaft  umfassende Beistandschaft  andere Beistandschaft

Name, Funktion und Adresse:

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

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

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

Ort, Datum:....................................... Unterschrift Klient:...................................................

Ort, Datum:………………………….. Unterschrift Beistand:………………………………..

(wenn vorhanden)

**Bemerkungen:**

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass wir mit der Entgegennahme dieser Anmeldung nicht die Aufnahme zusichern. Nach der obligatorischen Schnupperwoche, erfolgt ein gegenseitiger Austausch und Koordination über weitere Schritte.