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.