

Anmeldung Murg-Stiftung

- ☐ **Wohnen mit integrierter Beschäftigung**
☐ **Tagesstruktur für externe Klienten**

Gewünschter Eintrittstermin:

Zu meiner Person:

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Soz.vers.-Nr.:
Zivilstand: Kinder:
Heimatort: Konfession:
Nationalität: Telefon:

Bank- oder Postkonto für Entschädigung Tagesstrukturleistung

(bei Beistandschaft Taschengeldkonto):

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 Wohn- bzw. Aufenthaltsort:

Strasse, Nr.:
PLZ, Ort: Kanton:

Für Anmeldungen «Wohnen mit integrierter Beschäftigung»

Wohnsituation vor Eintritt:

☐ Privat wohnhaft ☐ Einrichtung Welche Einrichtung:

Tagesstruktursituation vor Eintritt:

Für Anmeldungen «Tagesstruktur für externe Klienten»

Gewünschter Beschäftigungsgrad:

.....%Tage/Woche

Haben Sie bisher schon in einer geschützten Werkstätte gearbeitet? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Institution:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Unfallrisiko eingeschlossen: ☐ ja ☐ nein

Versichert für: ☐ allg. ☐ allg. ganze CH ☐ ½ Privat ☐ Privat

Haftpflcht-Versicherung: **Policennummer:**

Haben Sie eine IV-Rente? ☐ Ja ☐ Nein ☐ in Abklärung

Wenn ja, IV-Grad?% ☐ ¼-Rente ☐ ½-Rente ☐ ¾ Rente ☐ ganze Rente

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen (EL)? ☐ Ja ☐ Nein Kanton:

Grad der Hilflosigkeit (HE): ☐ keine ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

Kontakt für Notfälle (z.B. nächste Angehörige):

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

Adresse Beistandschaft:

Name, Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Wie sind Sie auf die Murg-Stiftung aufmerksam geworden?

.....

.....

Ort, Datum

.....
Unterschrift Klient*in

Ort, Datum

.....
Unterschrift gesetzliche Vertretung

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 von weiteren Schritten.