**Sehr geehrte Damen und Herren**

um Ihre Anfrage zur Aufnahme ins Wohnheim Sonnenrain bearbeiten zu können, sind wir auf einige Angaben angewiesen. Wir bitten Sie, das Anmeldeformular möglichst vollständig auszufüllen und uns baldmöglichst zukommen zu lassen. Erst damit können wir Ihre Anfrage seriös überprüfen.
Selbstverständlich behandeln wir die Angaben absolut vertraulich. Wir unterstehen der Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre geschätzte Zusammenarbeit.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Angaben zur Person**
 |  |
| **Name:**   | **Vorname**:  |
| **Wohnadresse:**  **Ort:**   | **Geburtsdatum:** **Telefon:**  |
| **Gegenwärtiger Aufenthalt:**(Adresse / Telefon) ..................................................... **seit wann?** ........................................................  .....................................................  |
| **Beruf:**  | **Zivilstand:**  |
| **Heimatort:**   | **Kinder (Jahrgang):**   |
| **Konfession:**   |  |
| **Arbeitgeber:**   | **Sozialvers. Nr.:**  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Finanzierung**

Das Wohnheim Sonnenrain ist eine IV-Institution und wird mittels Rente (IV/SUVA) der Klientel sowie Beiträge des Wohnkantons (nach IBB-Erhebung) finanziert. Ebenfalls kommen je nach Umständen Hilo (Hilflosenentschädigung) oder EL (Ergänzungsleistungen) zu tragen. Wie kann Ihr Aufenthalt im Wohnheim finanziert werden?2.1 IV/SUVA – Rente: ❒ vorhanden ❒ nicht vorhanden ❒ angemeldet 2.2 Hilflosenentschädigung: ❒ vorhanden ❒ nicht vorhanden ❒ angemeldet  ❒ leicht ❒ mittel ❒ schwer2.3 Taggeld der Unfallversicherung: ❒ vorhanden ❒ nicht vorhandenWer ist zuständig für die Finanzierung des Aufenthaltes?..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................1. **Angaben zu Versicherungen und Ärzten**
 |  |
| **Krankenkasse und Mitgliednummer:** (evtl. Zusatzversicherung) **Versicherungsart:** 🞎 ganze Schweiz 🞎 kantonal  🞎 privat 🞎 halbprivat 🞎 allgemein  |
| **Unfallversicherung:**   |
| **Hausarzt:** (Name, Adresse, Telefon)    |
| 1. **Bezugspersonen**

**Angehörige:**(Name, Adresse, Telefon)**1.**   |
| **2.**  |
| **3.**  |
| **Beistand:**(Name, Adresse, Telefon)    |

1. **Fragen zum persönlichen und sozialen Umfeld:**

5.1 Gesundheitliche Situation?

 ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

5.2.Wie weit und in welchen Bereichen sind Sie beeinträchtig?

 .........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

5.3 Wie weit sind Sie auf die Hilfe Dritter angewiesen?

 ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

5.4. Welche Tätigkeiten können Sie ausführen

 an einem externen Arbeitsplatz?

 ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

 an einem internen Arbeitsplatz?

 ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

5.5 Freizeitgestaltung

 Wünschen Sie Hilfe bei der Freizeitgestaltung?

 ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

 Können Sie regelmässig Angehörige und / oder Freunde besuchen?

 ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

Bemerkungen: