

1 PERSONALIEN

1.1 ADRESSE

Geschlecht Männlich Weiblich

Vorname Name

Zivilrechtliche Adresse

Ev. Adresse Wohnheim

Telefon Handy

E-Mail

Geburtsdatum AHV-Nummer _ _ . _ _ . _ _ . _ _

Konfession

1.2 NATIONALITÄT

Heimatort

Nationalität Sprache

Aufenthaltsbewilligung Quellensteuer: Ja Nein

1.3 FAMILIÄRE VERHÄLTNISSE

Zivilstand Seit:

Kinder: Ja Nein Anzahl:

Kinder / Vorname, Name Geb.

" Geb.

Partner oder Angehörige

(Name und Adresse)

1.4 SONSTIGE ANGABEN

IV-Rente Ja Vollrente ¾ Rente ½ Rente ¼ Rente
 Nein: Anmeldung per :

Hilflosen-Entsch. Ja Nein Ja: Grad: leicht , mittel , schwer

Bank/Post-Verbindung (IBAN angeben)

Krankenkasse

Raucher: Ja Nein

2 ARZT / THERAPIE

Hausarzt

Name, Adresse

Tel. / E-Mail

Psych. Betreuung

Name, Adresse

Tel. / E-Mail

Bezugsperson Wohnheim

Name, Adresse

Tel. / E-Mail

3 BEISTANDSCHAFT

Amtliche Stelle, Adresse

Vorname, Name Beistand

Tel. / E-Mail

Art Beistandschaft keine sonstige umfassend

Rechnung Mittagessen an Beistand? Ja Nein

4 TÄTIGKEIT IN DER WÄRCHBROGG

Arbeitsbereich: Produktion Hausdienst Detailhandel
Service Küche Hauslieferdienst

Eintritt möglich ab

Ausbildung Abgeschlossene Lehre Ohne Berufsbildung

Vermittelt durch:

Beruf

Arbeitgeber bisher:

Waren Sie bereits einmal in der Wärchbrogg tätig? Ja Nein Wann:

Anstellung 100 % 80% 50% andere:%

Arbeitstage: Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag
VM VM VM VM VM
NM NM NM NM NM

5 SICHERHEIT AM ARBEITSPLATZ / GESUNDHEITSBEFUND

Art der Behinderung Psychische Behinderung Körperliche Behinderung
Geistige Behinderung Sinnesbehinderung

Krankheitsbild:

Beantworten Sie bitte folgende Fragen: (wenn ja)

Leiden Sie unter: Diabetes Epilepsie
 Bluthochdruck Herz- / Kreislaufproblemen
 Rückenproblemen sehr häufigen starken Kopfschmerzen
 Sehschwäche Allergien (Nahrung, Bienen etc.)
 Asthma anderen Krankheiten:.....

Benötigen Sie **Medikamente**? Ja Nein

Wenn ja, welche: * *Medikamentenliste beilegen*

Gibt es **Notfallmedikamente**, die sie bei sich haben müssen? Ja Nein

Wenn ja, welche: * *Medikamentenliste beilegen*

Im Notfall zu verständigen:

Vorname Name

Adresse

Telefon Handy

Gibt es etwas Wichtiges, das wir über Ihre Gesundheit wissen sollten? Zögern Sie nicht und teilen Sie es uns bitte mit:

.....

Datum: Unterschrift Mitarbeiter:

Datum: Unterschrift Beistand:

Besten Dank für Ihre Offenheit. Ihre Angaben werden wir selbstverständlich streng vertraulich behandeln. Falls es nicht zu einer Anstellung kommt, wird dieses Anmeldeformular vernichtet.