Dieses Formular bitte vollständig ausgefüllt entweder im Sekretariat abgeben, per E-Mail an aufnahme@schlosst.ch schicken oder per Post an Stiftung Schloss Turbenthal, Klientenadministration, St. Gallerstrasse 8, 8488 Turbenthal einsenden - vielen Dank! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter (Tel. 052 396 26 26).

**Personalien**

**Name**       **Vorname**

**Strasse**       **PLZ/Ort**

**Telefon**       **Mobile**

**E-Mail**       **Heimatort**

**Nationalität**       **Steuerrechtlicher Wohnsitz/Kanton**

**Geburtsdatum**       **AHV-Nr.** 756.

**Arbeits-/Aufenthaltsbew.**       **gültig bis**

**Konfession**       **Zivilstand**

**Krankenkasse/Ort**       **IV-Stelle/Ort**

**Erlernter Beruf/Schule**       **Bisherige Tätigkeit**

**Wunsch Wohn-/Arbeitsplatz**

Wohnplatz? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welcher Bereich? [ ]  Wohnen [ ]  Pflege

Arbeits-/Beschäftigungsplatz? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welcher Bereich?

[ ]  Arealunterhalt [ ]  Gärtnerei/Dorfladen [ ]  Hotellerie [ ]  Küche [ ]  Mechanik

[ ]  Montage [ ]  Pflege [ ]  Schreinerei [ ]  technischer Dienst [ ]  Verwaltung

**Beeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf**

**Art der Beeinträchtigung** [ ]  körperlich [ ]  kognitiv [ ]  psychisch

Diagnosen

**Sinnesbeeinträchtigung** [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche?

**Wobei benötigen Sie Unterstützung?** (Körperpflege, Arztbegleitungen, …)

**Rente / Entschädigung**

**Erhalten Sie eine IV-Rente?** [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche Form? [ ]  Viertelrente [ ]  Halbe Rente

 [ ]  Dreiviertelrente [ ]  Ganze Rente

**Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung?** [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche Stufe?

**Haben Sie eine IBB-/RAI-/BESA-Einstufung?** [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche Stufe?       *(Bitte Kopie der Einstufung beilegen)*

**Kontaktpersonen**

**Bezugsperson:**

Name       Vorname

Strasse       PLZ/Ort

Telefon P       Telefon G

Mobile       E-Mail

Verwandtschaftsgrad / Bezug zu BewerberIn

**Beistandschaft:**

Besteht eine Beistandschaft? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche Form?

Name       Vorname

Strasse       PLZ/Ort

Telefon P       Telefon G

Mobile       E-Mail

**IV-Berufsberatung:**

Name       Vorname

Strasse       PLZ/Ort

Telefon P       Telefon G

Mobile       E-Mail

**Weitere wichtige Ansprechperson (RechnungsempfängerIn)**

Name       Vorname

Strasse       PLZ/Ort

Telefon P       Telefon G

Mobile       E-Mail

Verwandtschaftsgrad / Bezug zu BewerberIn

Der Anmeldung bitte folgende Kopien beilegen:

* Wohnsitzbestätigung
* HE-Verfügung
* AHV-Karte
* IV-Verfügung
* Bankkarte
* Krankenkassenpolice
* Arztberichte
* Schulberichte/Arbeitszeugnisse
* Verlegungs-/Pflegebericht