

## Aufnahmegesuch Bereich Soziales und Gesundheit

### Angaben zur Person / Bewerber

|                                                            |                          |                                |
|------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Name                                                       |                          |                                |
| Vorname                                                    |                          |                                |
| Geburtsdatum                                               |                          |                                |
| Heimatort                                                  |                          |                                |
| Nationalität                                               |                          |                                |
| Aufenthaltsstatus                                          | Gültig bis:              |                                |
| Zivilstand                                                 |                          |                                |
| Familie / Angehörige                                       |                          |                                |
| Beruf / Ausbildung                                         |                          |                                |
| Aktuelle Tagesstruktur                                     | <input type="checkbox"/> | Arbeit im 1. Arbeitsmarkt      |
|                                                            | <input type="checkbox"/> | Arbeit im 2. Arbeitsmarkt      |
|                                                            | <input type="checkbox"/> | eigene Tagesstruktur           |
| Gesetzlicher Wohnsitz                                      |                          |                                |
| Aktuelle Wohnadresse                                       |                          |                                |
| Aktuelle Wohnform                                          | <input type="checkbox"/> | eigene Wohnung                 |
|                                                            | <input type="checkbox"/> | betreutes / begleitetes Wohnen |
|                                                            | <input type="checkbox"/> | Klinik / Spital                |
| AHV-Nummer                                                 |                          |                                |
| Mobiltelefonnummer                                         |                          |                                |
| E-Mail                                                     |                          |                                |
| Diagnose(n)                                                |                          |                                |
| Motivation / Grund für<br>Eintritt ins Wohnheim Lindendorf |                          |                                |
| Gewünschtes Eintrittsdatum                                 |                          |                                |

### Angaben zur gesetzlichen Vertretung

Art der Beistandschaft

☐ Umfassende Beistandschaft nach Art. 398 ZGB

☐ Vertretungsbeistandschaft nach Art. 394

☐ Einkommens- und Vermögensverwaltung nach Art. 395 ZGB

☐ Mitwirkungsbeistandschaft nach Art. 396 ZGB

☐ Begleitbeistandschaft nach Art. 393 ZGB

☐ keine Beistandschaft

Einschränkung der Handlungsfähigkeit

☐ ja

☐ nein

Name und Vorname der Beiständin / des Beistandes

Mandatszentrum

### Angaben zu weiteren relevanten Arbeitspartner\*innen

Kostenträger Betreutes Wohnen  
Wohnheim Lindenberg

Hausarztpraxis

Therapiestelle

Arbeitsstelle

### Administratives

IV

☐ ja

☐ nein

Ergänzungsleistungen

☐ ja

☐ nein

Hilflosenentschädigung

☐ ja

☐ nein

Krankenkasse

Haftpflchtversicherung

Unfallversicherung

Patientenverfügung

☐ vorhanden

☐ nicht vorhanden

Ort und Datum

Unterschrift Bewerber

Unterschrift gesetzliche Vertretung