

Anmeldeformular für einen Platz in der Martin Stiftung

Besten Dank für das möglichst genaue Ausfüllen dieses Formulars (*=Pflichtfelder). Wir werden anhand Ihrer Angaben prüfen, ob wir ein passendes Angebot haben und uns innerhalb von 14 Tagen bei Ihnen melden, um das weitere Vorgehen zu klären.

Ich/Wir suchen eines der folgenden Angebote (bitte geeignetes ankreuzen*):

Wohn- und Arbeitsplatz	Vollbetreut	<input type="checkbox"/>	Leistungsorientiert	<input type="checkbox"/>
	Teilbetreut	<input type="checkbox"/>	Beschäftigung	<input type="checkbox"/>
	Begleitetes Wohnen	<input type="checkbox"/>		
Nur Wohnplatz	Vollbetreut	<input type="checkbox"/>		
	Teilbetreut	<input type="checkbox"/>		
	Begleitetes Wohnen	<input type="checkbox"/>		
Nur Arbeitsplatz	Leistungsorientiert	<input type="checkbox"/>		
	Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	Gewünschter Termin:	

Personalien der Bewerberin/des Bewerbers

Name*:	.....	Vorname*:	.....
Geburtsdatum*:	.....	Konfession:	.....
Heimatort*:	.....	AHV/IV-Nr.*:	.....
Wohnadresse*:	.....	PLZ / Ort*:	.....
Tel. Privat*:	.....	Tel. G.:	.....
Mobiltelefon	.....	E-Mail:	.....
Ges. Wohnsitz*:	.....	Kanton:	.....
Ausländer*:	Aufenthaltsbewilligung C <input type="checkbox"/>		
	Jahresaufenthalter B <input type="checkbox"/>		
	Anderes <input type="checkbox"/>	Status?	.....

Gesetzliche Vertretung/behördliche Massnahmen*

Name*:	.....	Vorname*:	.....	
Adresse*:	.....	PLZ / Ort*:	.....	
Tel. Privat*:	.....	Tel. G.:	.....	
Mobiltelefon	.....	E-Mail:	.....	
Begleitbeistandschaft:	<input type="checkbox"/>	Vertretungsbeistandschaft:	<input type="checkbox"/>	Vermögensverwaltung:	<input type="checkbox"/>
Mitwirkungsbeistandschaft:	<input type="checkbox"/>	Kombinierte Beistandschaft:	<input type="checkbox"/>	Umfassende Beistandschaft:	<input type="checkbox"/>

Weitere Bezugs- und Kontaktpersonen:

Name: Vorname:
Adresse: PLZ / Ort:
Tel. Privat: Tel. G.:
Mobiltelefon: E-Mail:

Art der Verwandtschaft (Eltern, Bruder, Schwester, u.a.m.):

Name: Vorname:
Adresse: PLZ / Ort:
Tel. Privat: Tel. G.:
Mobiltelefon: E-Mail:

Art der Verwandtschaft (Eltern, Bruder, Schwester, u.a.m.):

Kontaktperson bisherige Betreuung, vorherige Institution oder Hilfsorganisation etc.

Name: Vorname:
Adresse: PLZ / Ort:
Tel. Privat: Tel. G.:
Mobiltelefon: E-Mail:

Finanzierungsfragen*:

Zuständige AHV/IV-Ausgleichskasse, Sozialversicherungsanstalt*

Adresse: PLZ / Ort:
Tel.: E-Mail:

Bezug von Versicherungsleistungen (zur Finanzierung des Pensionspreises) *:

- AHV/IV-Rente (%)
 Ergänzungsleistungen
 Hilflosenentschädigung
 leicht mittel schwer
 IV-Ausbildung

Pensionspreisrechnung geht an:

Name: Vorname:
Adresse: PLZ / Ort:
Tel. Privat: Tel. G.:
Mobiltelefon: E-Mail:

Warum ich in die Martin Stiftung kommen will*:

Was ich in der Martin Stiftung erreichen will*:

Diese Arbeiten würde ich am neuen Arbeitsort gerne machen*:

Das kann ich gut*:

Meine Hobbys und Interessen*:

Kurze Beschreibung der jetzigen Lebenssituation*:

Meine wichtigsten Lebensetappen*:
(Schulen, Ausbildung, soziale Einrichtungen)

Was und wo?	Von bis?

Was ich selbständig kann und wo ich Unterstützung brauche (bitte ankreuzen) *:

	Essen	Zähneputzen	Waschen/Duschen	Umgang mit Geld	Toilettenbenutzung	Kleiderwahl, anziehen	PC, elektronische Medien	Benützung Zug/Bus	Velo	Schwimmen
Ganz selbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständig, mit Kontrolle und Hinweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständig, mit Anleitung und kleinen Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit intensiver Anleitung und Begleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Muss vom Fachpersonal übernommen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- Zeitliche Orientierung:** Ich kenne die Wochentage
 Ich kann mich am Tagesablauf orientieren
- Örtliche Orientierung:** Innerhalb einer Wohngruppe und von Arbeitsräumen gut
 In der nächsten Umgebung (Quartier/Dorf) finde ich mich zurecht.

Sprache/Kommunikation

- Sprechen: unauffällig Einfache Sätze Einzelne Wörter Spricht nicht:
- Verstehen: unauffällig Einfache Sätze Einzelne Wörter

Art der Behinderung / ärztliche Diagnose:

Manifestation der Behinderung:

Umgang mit Stresssituationen:

Weitere Bemerkungen, wichtige Mitteilungen:

Ort und Datum:

Unterschrift:

Bitte legen Sie diesem Formular allfällige Schulabschlüsse, evtl. Diplom des IV-Lehrabschlusses, sowie Austrittsberichte, der von Ihnen besuchten Einrichtungen und eine ärztliche Diagnose bei. Sie helfen uns damit, ein für Sie möglichst passendes Angebot zu finden. Nur wenn uns alle Anmeldeunterlagen vorliegen, können wir an dieser Stelle den Aufnahmeprozess fortsetzen!

Anmeldeformular und Beilagen schicken Sie bitte an:

Martin Stiftung, Klienten Administration, Im Bindschädler 10, 8703 Erlenbach

Herzlichen Dank!