|  |
| --- |
| Birgit Mayer  Alleestrasse 86  8462 Rheinau  043 258 66 03 |
|  |
|  |
|  |

**Kurzanmeldung für einen Wohn- und Betreuungsplatz**

Bei Interesse für einen Wohnheimplatz füllen Sie bitte diese Kurzanmeldung aus und senden diese mit Post oder E-Mail

([birgit.mayer@sa.zh.ch](mailto:birgit.mayer@sa.zh.ch)) an Frau Birgit Mayer, Fachdienst Agogik. Ihre Angaben behandeln wir selbstverständlich vertraulich. Nach Eingang Ihrer Anmeldung setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung. Zudem stehen wir Ihnen bei Unklarheiten oder für Ihre Fragen gerne zur Verfügung!

**(A) Personalien**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname:** |  | | | |
| **Geburtsdatum:** |  | **Zivilstand:** | |  |
| **Gesetzlicher Wohnsitz** |  | **Konfession:** | |  |
| **SV-Nummer:** | 756. | **Heimatort:** | |  |
| **aktuelle Wohnadresse:**  **(Strasse, PLZ, Ort):** |  | | **Tel. Nr.:**  **E-Mail.:** | |

**(B) IV-Rente**

**ja /  nein /  angemeldet**

**Hilflosenentschädigung:  ja /Stufe?       /  nein**

**(C) Vertretung**

**Beistandschaft:  ja /**  **nein** (falls ja, bitte entsprechend ankreuzen)

**Begleitbeistandschaft  Vertretungsbeistandschaft  Mitwirkungsbeistandschaft**

**Umfassende Beistandschaft**

**Privatmandat  Berufsbeistandschaft**

**Bemerkungen:**

**Falls eine Beistandschaft besteht, Folgendes ausfüllen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zuständige Person**  (Name Funktuion) |  | **Tel.:**  **E-Mail:** |
| **Amtsstelle**  (bei Berufsbeistandschaft |  | **Tel.:**  **E-Mail:** |
| **Adresse** (Strasse, PLZ, Ort): |  | |

**(D) Kostenübernahmegarantie durch**

**Beistandschaft:  Andere (welche?) bitte vollständige Angaben hier:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Amtsstelle** |  | **Tel.:**  **E-Mail:** |
| **Zuständige Person**  (Name, Vorname, |  | **Tel.:**  **E-Mail:** |
| **Adresse** (Strasse, PLZ, Ort): |  | |

**(E) Kurzbeschreibung der jetzigen Situation**

|  |
| --- |
|  |

**(F) Gewünschter Eintrittstermin / evtl. Bemerkungen zur Dringlichkeit mit Begründung**

|  |
| --- |
|  |

**(G) Anmeldung erfolgt durch:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Funktion / Beziehung (nur bei Anmeldung Dritter) |  |
| Name der Institution (nur falls zutreffend) |  |
| Adresse (Strasse, PLZ, Ort) |  |
| Telefonnummer |  |
| E-Mail |  |

**(H) Bitte legen Sie dieser Anmeldung die folgenden Unterlagen bei**

- Arztbericht mit Angaben zum Gesundheitszustand sowie der aktuellen Medikation

**Datum:**

Unterschrift: ………………………………………………………………….

(falls nicht elektronisch verschickt)