

Anmeldeformular Wohnen und Tagesstätte

Ich/Wir suche(n)

Einen Wohnplatz mit folgender Begleitung

- Wohngemeinschaft im Wohnheim (rund um die Uhr Begleitung vor Ort)
- Wohngemeinschaft in einer Aussenwohngruppe (morgens, abends Begleitung)
- eigene Wohnung (ich möchte allein wohnen mit punktueller Begleitung)

Einen Arbeitsplatz in folgendem Bereich

- Arbeit im geschützten Bereich (Leistungsorientiert)
- Tagesstruktur (Beschäftigung, Atelier)
- Ausbildungsplatz
- Arbeit im ersten Arbeitsmarkt

Ort / Umgebung

Ort Stadt Land

Spezifischer Wohnort: _____

Was mir sonst noch wichtig ist

- Ruhe
- Rückzugsmöglichkeiten
- Möglichkeit für Haustiere
- viel Gemeinschaft / gemeinsame Aktivitäten
- Anderes: _____

Gewünschter Eintritt _____

Personalien Interessent/in

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Zivilstand _____

Geschlecht weiblich männlich

Sozialversicherungsnummer _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Heimatort (bei Ausländer/innen: Art der Aufenthaltsbewilligung)

Aktuelle Wohnadresse

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Gesetzlicher Wohnsitz

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Gesetzliche Vertretung/behördliche Massnahmen

Keine Beistandschaft

Vertretungsbeistandschaft

Begleitbeistandschaft

Umfassende Beistandschaft

Mitwirkungsbeistandschaft

Amt _____

Name _____

Vorname _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Angaben zur Invalidität

IV-Rente, _____ %

IV-Rentenbescheid pendent Mit Vorbescheid Ohne Vorbescheid

Invalid ohne Rentenanspruch (mit anerkanntem Invaliditätsnachweis)

Keine Rente

Ergänzungsleistung

Ja Nein

Hilflosenentschädigung, Art der Hilfeleistung

keine leicht mittel schwer

Kontaktperson für die Stiftung Züriwerk

Beistand

Interessent/in

oder

Name _____

Vorname _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Beziehung zu Interessent/in _____

Rechnungen gehen an

Interessentin/Interessent

Gesetzliche Vertretung

Medizinische Angaben**Diagnose(n), Art der Beeinträchtigung**

Bekannte Krankheiten (insbesondere Diabetes (Typ 1 oder 2), Epilepsie, Allergien)

Diabetes

Epilepsie

Allergie(n)

nichts bekannt

Medizinische Unterstützung

medizinische Verrichtungen notwendig (zum Beispiel: Blutzucker messen, Insulin spritzen, Sondennahrung, Stoma Versorgung, Urinausscheidung über Ableitung usw.)

Medizinische Verrichtungen werden ausgeführt

selbstständig

mit Unterstützung

komplett durch Stiftung Züriwerk

Weitere Details / Anderes: (z.B. Urinkatheter, Stoma, Sonde)

Medikamente

Ich brauche keine Unterstützung und besorge mir die Medikamente selbst und nehme diese selbständig ein. Die Verantwortung liegt vollumfänglich bei mir.

Ich brauche Unterstützung.

Mobilität und Hilfsmittel

Rollstuhl

Gehhilfe

Duschstuhl, Hebelift

anderes _____

Sprache / Kommunikation

Sprechen	unauffällig	wenig	keine verbale Sprache
Verstehen	unauffällig	wenig	
Hilfsmittel	Talker	Piktogramme	anderes _____

Ich brauche in folgenden Bereichen Unterstützung

	Keine Unterstützung (komplett selbstständig)	Teilweise Unterstützung	Vollumfängliche Unterstützung / Übernahme durch Züriwerk
Körperpflege			
Ernährung (Zubereitung, beim Essen)			
Lebenspraktische Tätigkeiten (Haushalt, Umgang mit Geld, administrative Aufgaben, etc.)			
Freizeitgestaltung innerhalb der Wohnung			
Freizeitgestaltung ausserhalb der Wohnung			
Soziales und Zusammenleben			

Weitere Bemerkungen, wichtige Mitteilungen zum Unterstützungsbedarf

Wo und wie habe ich bisher gewohnt?	Von bis?

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an:

Stiftung Züriwerk, Leitung Klientengewinnung, Baslerstrasse 30, 8048 Zürich

oder per E-Mail an: intakes@zueriwerk.ch

Bei Fragen erreichen Sie uns unter der Nummer: **044 405 71 36**