Dieses Formular bitte vollständig ausgefüllt entweder im Sekretariat abgeben, per E-Mail an [aufnahme@schlosst.ch](mailto: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