

## Anmeldung Netzwerk Wohnen

- verbindliche Anmeldung       Kurzaufenthalt  
 provisorische Anmeldung       Daueraufenthalt

<input type="checkbox"/> Gruppe 89	<input type="checkbox"/> Gruppe 54	<input type="checkbox"/> Gruppe 01
<input type="checkbox"/> Gruppe 91	<input type="checkbox"/> Gruppe 23	<input type="checkbox"/> ext. Begleitetes Wohnen

<b>Eintritt</b>	Datum	<input type="checkbox"/> unbestimmt
-----------------	-------	-------------------------------------

Personalien	
Name/Vorname	_____
genaue Adresse ab Eintritt	_____
	_____
Geburtsdatum	_____
AHV/IV-Nr.	_____
IV-Stelle	_____
zuständige AHV-Zweigstelle	_____
Schriften deponiert in	_____

Arbeitgeber	
Name	_____
Adresse	_____
	_____
Kontaktperson	_____
Tel.Nr.	_____

### Betreuung und Pflege

#### Erhält die angemeldete Person eine Hilflosenentschädigung?

- ja  
falls ja, wie ist die Einstufung?  Stufe 1  Stufe 2  Stufe 3  
Betrag pro Monat: Fr. ....  
 nein

#### Braucht sie in folgenden Bereichen regelmässig Unterstützung?

- |                             |                             |                               |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bekleidung                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ernährung                   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Körperpflege                | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit anderen Personen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Freizeitgestaltung          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Haushaltführung             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Finanzverwaltung            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

### Behinderung

#### Grad der geistigen Behinderung

- schulbildungsfähig  praktischbildungsfähig  gewöhnungsfähig

### Vormundschaftliche Massnahme

- keine  
 Beistandschaft  
 Vormundschaft  
 Weiterführung der elterlichen Sorge

### Name und Adresse der gesetzlichen Vertretung / Rechnungstellung an:

### Name/Adresse/Tel.Nr. der zuweisenden Instanz:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bei Entlassung/Umplatzierung ☞ Kopie des Formulars vom Kanton Solothurn „Meldung bei der Entlassung/Umplatzierung“ entsprechend verteilen.

Genehmigung: BL

2