**Formular**

Anmeldung SM SB

(🛈 beim elektronischen Ausfüllen via Tabulator von Feld zu Feld fortbewegen)

Sonnenblick

Wohnen mit externem Arbeitsplatz

Wohnen mit Tagesstätte

Tagesstätte ohne Wohnen

Wohnen mit Ausbildung (Wohnschule)

Ambulante Wohnbegleitung

Geschützter Arbeitsplatz (Arcafé)

Schärenmatte

Wohnen mit Tagesstruktur (Ateliers)

Ateliers ohne Wohnen

Anmeldung

verbindliche Anmeldung  Kurzaufenthalt

provisorische Anmeldung  Daueraufenthalt

Vorgesehener Eintritt

Datum:

Personalien

Name:       Vorname:

Geburtsdatum:       Zivilstand:

Nationalität:

Strasse:

PLZ / Ort:

Schriften in:       Kanton:

Heimatort:

AHV / IV-Nr.:

Art der Beeinträchtigung:

Familiäre Kontaktperson

Name:       Vorname:

Strasse:

PLZ / Ort:

Telefon:       Email:

Mandat:  ja  nein

**Gesetzliche Vertretung**

ja  nein

Wenn ja, Art der Beistandschaft:       (Bitte Kopie Ernennungsurkunde beilegen)

Name:       Vorname:

Firma/Behörde:

Strasse:

PLZ / Ort:

Telefon:       Email:

**Medikamente**

ja  nein

Wenn ja, zu welcher Gruppe gehören die Medikamente?

***Wichtiger Hinweis: Beim Schnuppern und beim Eintritt müssen alle aktuellen Medikamente zusammen mit den entsprechenden Verordnungen und Rezepten mitgebracht werden.***

Schulischer Werdegang / Ausbildung

Schule / Institution:       von:       bis:

Schule / Institution:       von:       bis:

Schule / Institution:       von:       bis:

Berufliche Tätigkeit

Tagesstruktur:       Pensum in %

freie Wirtschaft:       Pensum in %

geschützter Arbeitsplatz:       Pensum in %

Wo werden die Mittagessen an Arbeitstagen eingenommen?

Arbeitgeber:

Adresse:

Kontaktperson:

Telefon:       Email:

Versicherungsleistungen

|  |  |
| --- | --- |
| IV-Rente | ja, seit wann        nein  angemeldet |
| AHV-Rente | ja  nein  angemeldet |
| SUVA | ja  nein  angemeldet |
| Hilflosenentschädigung | ja  nein  Wenn ja, welche Stufe 1 2 3  Wenn nein, wurden Abklärungen gemacht?  ja  nein |
| EL | ja  nein  angemeldet |
| Krankenkasse/Sektion |  |
| Sonstige Versicherungen | ja  nein  Wenn ja, welche: |
| Berufliche Eingliederungsmassnahmen | ja  nein |
| CP-Berechtigung (Mitgliedschaft Cerebral Schweiz) | ja  nein |

Rechnungsadresse

Name:       Vorname:

Firma/Behörde:

Strasse:

PLZ / Ort:

Telefon:       Email:

Begleitung/Betreuung/Hilfestellungen

Gesundheit:

Körperpflege:

Ernährung:

Kleider:

Taschengeld:

Anderes:

**Anmeldung ausgefüllt am:**

**Durch:**

Bitte retour an:

Stiftung Arkadis

Fachstelle Wohnen

Von Roll-Strasse 1

4600 Olten

Bewilligung/Laufweg Dokument

TL/FAL: Datum \_\_.\_\_.\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ablage durch TL/FAL: Datum \_\_.\_\_.\_\_\_\_ Visum \_\_\_\_\_\_ (Original Dossier BE/KE)

Daten übertragen durch FSL WO Datum \_\_.\_\_.\_\_\_\_