**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 [ ]  neinWenn 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 \_\_.\_\_.\_\_\_\_