

Anmeldung

Dieses Formular dient zur internen Abklärung.
Die mit * markierten Felder müssen in jedem Fall ausgefüllt werden.

Persönliche Angaben über die /den Interessentin/en*

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	Mobile
E-Mail	Zivilstand
Geb. Datum	Soz.Vers.Nummer
Geschlecht <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	
Nationalität	Heimatort/Kanton
Ausländerausweis <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> andere	gültig bis
Zivilrechtlicher Wohnsitz	
IV-Rente <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 1/2 <input type="radio"/> 3/4 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> in Abklärung	
Hilflosenentschädigung <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schwer	
Art der Beeinträchtigung <input type="radio"/> Autismus <input type="radio"/> Psychisch <input type="radio"/> Körperlich	
Kreuzen Sie die Hauptbeeinträchtigung an. <input type="radio"/> Hirnverletzung <input type="radio"/> Kognitiv <input type="radio"/> Andere	Nähere Bezeichnung zwingend

Beistandschaftliche Massnahmen / Kontakt-/ Bezugsperson*

Besteht eine beistandschaftliche Massnahme? Ja Nein

Begleitbeistandschaft (Art. 393 ZGB)

Vertretungsbeistandschaft (Art. 394 ZGB)

a. bei medizinischen Massnahmen b. andere _____

Vertretungsbeistandschaft mit Vermögensverwaltung (Art. 394 i.V.m. Art. 395 ZGB)

Mitwirkungsbeistandschaft (Art. 396 ZGB)

Kombinationsmöglichkeit der 3 Beistandschaften (Art. 397 ZGB)

Angabe der Kombination _____

Umfassende Beistandschaft (Art. 398 ZGB)

Anmeldung

Kontaktdaten der Beiständin / des Beistands*

Behörde

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Telefon Geschäft

Telefon Privat

E-Mail

Weitere Kontakt- / Bezugspersonen

Beziehung zur Interessentin / zum Interessenten

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Telefon Geschäft

Telefon Privat

E-Mail

Derzeitige Wohnform*

Einrichtung im Kanton Zürich

Bezeichnung

Einrichtung in anderem Kanton

Bezeichnung

Selbstständige Wohnsituation

zu Hause / Eltern

Klinik / Pflegeheim / Spital / Reha

Bezeichnung

Sonderschule / Schulheim

Bezeichnung

Anderes

Bezeichnung

Grund für Wunsch nach Wohnplatz-Wechsel

Beschreiben Sie in Stichworten, weshalb Sie einen Wohnplatz-Wechsel in die Brühlgut Stiftung wünschen.

Anmeldung

Sie suchen einen Arbeitsplatz*

Gewünschtes Eintrittsdatum	Monat _____	Jahr _____
Gewünschtes Pensum	in % _____	in Std. _____
Ertragsorientierte Arbeitsplätze	<input type="checkbox"/> Wäscherei <input type="checkbox"/> Kantine <input type="checkbox"/> Hausdienst / Reinigung <input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> Bäckerei <input type="checkbox"/> Cafeteria / Restaurant <input type="checkbox"/> Verkauf (Restaurant)	<input type="checkbox"/> Velowerkstatt- & stationen <input type="checkbox"/> Dienstleistungs-Gruppe <input type="checkbox"/> Textil-Werkstatt Zäni-Lädeli <input type="checkbox"/> Metall-Werkstatt <input type="checkbox"/> Keramik-Produktion <input type="checkbox"/> Stuhl-Flechtereie <input type="checkbox"/> Garten-Arbeiten
		<input type="checkbox"/> Industrie-Arbeitsgruppe <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Verkauf Zäni-Lädeli <input type="checkbox"/> Elektro-Arbeiten <input type="checkbox"/> Logistik <input type="checkbox"/> Urnen-Produktion <input type="checkbox"/> Seifen-Produktion

Sie suchen einen Beschäftigungsplatz*

Nicht ertragsorientierter Arbeitsplatz Tagesstätte (Beschäftigung / Atelier)

Falls derzeit keine freien Plätze verfügbar sind, auf Warteliste aufnehmen Ja Nein

Bitte beachten Sie: Ihr Eintrag auf unserer Warteliste ist 3 Jahre gültig. Sollte Ihr Interesse für einen Tagesstättenplatz nach Ablauf dieser Frist weiterhin bestehen, so bitten wir um eine Aktualisierung.

Angaben über vergangene Tätigkeiten Bitte ausfüllen oder einen Lebenslauf mit Zeugnissen beilegen.

Werdegang	von – bis	Adresse	Wichtige Ereignisse
Schule und Ausbildung			
Arbeitsstellen und Erfahrungen			

Anmeldung

Sie suchen einen Wohnplatz*

Gewünschtes Eintrittsdatum Monat _____ Jahr _____

Wohnform Wohnheim Platz in Aussenwohngruppe Nr _____
(siehe Beiblatt Wohnangebote)

Falls derzeit keine freien Plätze verfügbar sind, auf Warteliste aufnehmen Ja Nein

Angaben über vergangene Wohnsituationen

Wohnorte	von – bis	Adresse	Wichtige Ereignisse
Bisherige Aufenthaltsorte			

Wo* und wie* oft benötigen Sie Unterstützung? (mehrmals täglich / täglich / wöchentlich)

- Bei der Körperpflege _____
- Bei der Kommunikation _____
- Auf der Toilette _____
- Bei lebenspraktischen Aufgaben _____
- Im psycho-sozialen Bereich _____
- Andere _____
- Beim An- und Ausziehen _____

Welche Hilfsmittel benötigen Sie?*

Benötigen Sie UK-Unterstützung? (UK = Unterstützte Kommunikation)*

Welche externe Unterstützung nehmen Sie momentan in Anspruch? (z. B. Therapien, etc.)

Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein

Anmeldung und Beilagen einsenden an

Brühlgut Stiftung, Koordination Eintritt
Brühlbergstr. 6
8400 Winterthur
052 268 11 66
eintritt@bruehlgut.ch
bruehlgut.ch

Ort und Datum _____

Unterschriften Interessent / -in _____

Gesetzl. Vertretung _____