

FORMULAR

Anmeldeformular

Personalien

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Gegenwärtige Adresse
Strasse, PLZ, Ort _____

Telefon-Nr. _____ Fax _____

Heimatort _____ E-Mail _____

Zivilrechtlicher Wohnsitz _____

Zivilstand _____

Kinder _____

Konfession _____

AHV-/IV-Nummer _____

Nächste Angehörige
Name, Adresse, Tel.-Nr. _____

- Ich möchte
- wohnen und arbeiten im Wohn- und Bürozentrum
 - auswärts wohnen, im Bürozentrum arbeiten
 - auswärts arbeiten, im Wohn- und Bürozentrum wohnen
 - Entlastungsaufenthalt

Bitte beilegen

Kurzen Lebenslauf

Passfoto

Zeugnisse

Andere Beilagen _____

Ort und Datum _____

Unterschrift _____

Bitte senden an: Wohn- und Bürozentrum für Körperbehinderte
Sozialdienst
Aumattstrasse 70 - 72
4153 Reinach BL 1 oder personal@wbz.ch

Aus- und Weiterbildung

Schul- und Berufsausbildung

Primarschule	_____	Jahre	Ort	_____
Sekundarschule	_____	Jahre	Ort	_____
Gymnasium	_____	Jahre	Ort	_____
Sonderschule	_____	Jahre	Ort	_____
Heim	_____	Jahre	Ort	_____
Andere	_____	Jahre	Ort	_____

Besondere Kenntnisse

Sprachen	Grundkenntnisse		Fortgeschrittene		Arbeitspraxis
	Wort	Schrift	Wort	Schrift	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre
Schreibmaschine		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____ Jahre
Buchhaltung		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____ Jahre
Allg. Büroarbeiten		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____ Jahre
Datenerfassung		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____ Jahre
System _____					
Programmierung		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____ Jahre
Sprache _____					
Andere _____					_____ Jahre

Berufsausbildung als

Voll-Lehre Anlehre

In Firma _____

von _____ bis _____

Berufliche Weiterbildung

Schule, Kurse _____

Derzeitiger Arbeitsplatz

Firma _____ in _____

Angestellter als _____ seit _____

Tätigkeiten _____

Frühere Arbeitsplätze

_____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

Eingliederung/Umschulung

Wurden berufliche Eingliederungs-/Umschulungs-Massnahmen getroffen? ja nein

wenn ja,

in welcher Institution _____

Dauer _____ von _____ bis _____

Benützen Sie technische Hilfsmittel für Ihre Arbeit? ja nein

wenn ja, welche _____

Finanzielles**Versicherungen**

Sind Sie bei der eidg. Invalidenversicherung angemeldet? ja nein

Beziehen Sie eine eidg. IV-Rente? ja nein

wenn ja, 1/4 1/2 3/4 1/1

Wenn nein, warum nicht _____

Beziehen Sie eine Hilfslosenentschädigung? ja nein

wenn ja, 1/3 2/3 3/3

Beziehen Sie eine Unfallrente? ja nein

Wenn ja, von welcher Versicherung? _____

Beziehen Sie eine Pensionskassenrente (BVG)? ja nein

Wenn ja, von welcher Versicherung? _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? ja nein

Sind Sie bei einer IV-Regionalstelle gemeldet? ja nein

Wenn ja, Ort _____

Zuständiger Berufsberater _____

Beistand/Beratungsstelle

Haben Sie einen Beistand? ja nein

(☛ falls ja, bitte Kopie der Ernennungsurkunde beilegen. Vielen Dank!)

Wenn ja, Name _____

Adresse _____

Kümmert sich eine Beratungsstelle (z.B. Pro Infirmis) um Ihre finanziellen Angelegenheiten? ja nein

Wenn ja, Ansprechperson _____

Adresse _____

Fragen zur Behinderung

Art der Behinderung _____

Krankheit ja nein

Unfall ja nein

Datum des Unfalls
oder Krankheitsbeginn _____

Benötigen Sie regelmässig ärztliche Betreuung oder Kontrolle? ja nein

Behandelnder
Hausarzt/Ärztin _____

Spezialarzt/in (Neurologe,
Psychologe, etc.) _____

Ev. andere Therapeut/innen _____

Sind Sie einverstanden, dass zu Händen des Arztes der Aufnahmekommission Arzt-
berichte/Pflegeberichte/Betreuungsberichte eingeholt wird. Kommt es zu einem
Schnupperaufenthalt oder einer Aufnahme ins WBZ werden die Arztberichte/
Pflegeberichte/Betreuungsberichte dem zuständigen Personal des WBZ weiterge-
leitet.

ja nein

Das WBZ verpflichtet sich, die medizinischen und persönlichen Daten der Bewer-
ber/innen gemäss Datenschutzgesetz anzuwenden. Die Daten werden vernichtet,
sollte es zu keiner Aufnahme in unsere Institution kommen. Das Personal des WBZ
untersteht der medizinischen Schweigepflicht.

Benützen Sie Hilfsmittel für das tägliche Leben? ja nein

Handrollstuhl letzte Anpassung _____

Elektrorollstuhl letzte Anpassung _____

Invalidenfahrzeug

Prothesen letzte Anpassung _____

Anpassungen in Bad/WC letzte Anpassung _____

Stützapparate letzte Anpassung _____

Schienen, spez. Schuhe etc letzte Anpassung _____

Anderes letzte Anpassung _____

Dieses Blatt nur ausfüllen, wenn Sie in unserem Zentrum wohnen möchten.

Können Sie folgende Verrichtungen des täglichen Lebens trotz Ihrer Behinderung ohne Hilfe ausführen?

Essen ja nein

Waschen ja nein

Baden ja nein

An- und Auskleiden ja nein

Bedürfnisse erledigen ja nein

Vom Stuhl aufstehen ja nein

Transfer ja nein

Bevorzugte Transferrichtung ins Bett nach links nach rechts

Mobilität

Gehen selbstständig ja nein

Gehen mit Hilfsmitteln selbstständig ja nein

Wenn ja, welches Hilfsmittel _____

Gehen mit Hilfsperson ja nein

Handrollstuhl ja nein

Handrollstuhl selbstständig benützen ja nein

Elektrorollstuhl ja nein

Elektrorollstuhl selbstständig benützen ja nein

Nächtliche Hilfeleistungen

Können Sie nachts im Bett die Lage selber wechseln? ja nein

Wenn nein, wie oft benötigen

Sie die Hilfe der Nachtwache? _____ mal pro Nacht, ca. alle _____ Stunden

Therapien

Benötigen Sie regelmässig therapeutische Massnahmen? ja nein

Wenn ja, welche Physiotherapie _____ mal pro Woche

Ergotherapie _____ mal pro Woche

Therapiebad _____ mal pro Woche

Ist eine Heimabklärung (z.B. Treppe, Bad/WC, rollstuhlgängigkeit) erfolgt? ja nein

Wenn ja, durch wen? _____

Ernährung

Brauchen Sie eine ärztlich verordnete Diät oder andere Besonderheiten (z. B. Schonkost, Allergien etc.) in der Ernährung? ja nein

Wenn ja, welche? _____