FORMULAR

Anmeldeformular

Personalien

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Gegenwärtige Adresse _____
Strasse, PLZ, Ort _____

Telefon-Nr. _____ Fax _____

Heimatort _____ E-Mail _____

Zivilrechtlicher Wohnsitz _____

Zivilstand _____

Kinder _____

Konfession _____
Sozialversicherungsnummer _____

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
Klientenmanagement
Aumattstrasse 71
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 Wort	Grundkenntnisse Schrift	Fortgeschrittene Wort	Fortgeschrittene Schrift	Arbeitspraxis
_____	☐	☐	☐	☐	____ Jahre
_____	☐	☐	☐	☐	____ Jahre
_____	☐	☐	☐	☐	____ Jahre
Buchhaltung	☐		☐		____ Jahre
Allg. Büroarbeiten	☐		☐		____ Jahre
Datenerfassung	☐		☐		____ Jahre
System _____					
Programmierung	☐		☐		____ 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 _____

Benützen Sie Hilfsmittel für das tägliche Leben? ☐ ja ☐ nein

Handrollstuhl	☐	letzte Anpassung	_____
Elektrorollstuhl	☐	letzte Anpassung	_____
Anderes Hilfsmittel wie Swiss Track ect.	☐		
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 selbständig ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welches Hilfsmittel _____

Gehen mit Hilfsperson ☐ ja ☐ nein

Handrollstuhl ☐ ja ☐ nein

Handrollstuhl selbständig benützen ☐ ja ☐ nein

Elektrorollstuhl ☐ ja ☐ nein

Elektrorollstuhl selbständig 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

Ernährung

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

Wenn ja, welche? _____