



## ANMELDE-FORMULAR

Wir bitten Sie, nachstehende Fragen möglichst vollständig zu beantworten und uns den ausgefüllten Fragebogen wieder zuzusenden.

Fragen		Antworten					
1.	Name / Vorname						
2.	Geburtsdatum						
3.	wenn minderjährig, Name der Eltern						
4.	Adresse	Strasse					
		PLZ / Wohnort					
		Telefonnummer					
5.	Steuerdomizil						
6.	Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden		
7.	Anzahl Kinder	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> :
8.	Konfession:	<input type="checkbox"/> kath.	<input type="checkbox"/> ref.	<input type="checkbox"/> :			
9.	AHV-Nummer						
10.	Beruf						
11.	Hausarzt	Name					
		Adresse					
		Telefonnummer					
	Macht der Arzt Visite im Heim	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
12.	Name der Krankenversicherung						
	Adresse der Krankenversicherung						
	Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen	<input type="checkbox"/> erledigt					
	Versicherungsklasse	<input type="checkbox"/> Allg.	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat			
13.	In welche Abteilung möchten sie eintreten?	<input type="checkbox"/> Pflegeheim (Feriengast <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)					
		<input type="checkbox"/> Wohnheim (bis AHV-Alter)					
14.	Möchten Sie in unseren Werkstätten arbeiten? (nur für Werktätige bis zum AHV-Alter)	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
15.	Sind Sie blind oder stark sehbehindert?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
16.	Haben, hatten Sie Kontakt zu einer Beratungsstelle für Sehbehinderte?	<input type="checkbox"/> Ja, wo:		<input type="checkbox"/> nein			
17.	Wünschen Sie einen Telefonanschluss?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
18.	Wünschen Sie Internetanschluss?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
19.	Beziehen Sie eine Invaliden- oder Altersrente?	<input type="checkbox"/> AHV	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> nein			
20.	Beziehen Sie <b>Ergänzungsleistung</b> ?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
21.	Beziehen Sie <b>Hilflosenentschädigung</b> ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer		
		<input type="checkbox"/> nein					
22.	Beziehen Sie Sozialhilfeleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein			
23.	Kopie der letzten Steuererklärung inkl. Beilagen	<input type="checkbox"/> erledigt					

