



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.	Sozialversicherungsnummer				
10.	Beruf				
11.	Hausarzt	Name			
		Adresse			
		Telefonnummer			
	Macht der Arzt Visite im BFVI?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein	
12.	Name der Krankenversicherung				
	Adresse der Krankenversicherung				
	Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen	<input type="checkbox"/> erledigt			
	Versicherungs-kategorie	<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			
14.	Möchten Sie in unseren Werkstätten arbeiten? <i>(nur für Werkstätige bis zum AHV-Alter)</i>	<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?	<input type="checkbox"/> Ja, welche:		<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 Ergänzungsleistung ?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> nein	
21.	Beziehen Sie Hilflosenentschädigung ? Falls ja, bitte Kopie beilegen	<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			

