

Anmeldeformular SAZ Burgdorf

Bitte füllen Sie das Anmeldeformular vollständig aus. Vielen Dank!

Personalien Interessentin / Interessent

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Sozialversicherungsnummer	_____
Strasse/ Nummer	_____	Postleitzahl / Ort	_____
Gesetzlicher Wohnsitz	_____	Heimatort	_____
Telefonnummer	_____	Handynummer	_____
E-Mail	_____	Konfession	_____
Anzahl Kinder	_____	Jahrgang	_____
Zivilstand	_____	Nationalität*	_____

**Falls nicht CH, bitte Kopie Aufenthaltsbewilligung beilegen*

Grund für Ihre Anmeldung mit kurzem Situationsbeschreibung

Kurze biografische Eckdaten

Schulbildung, Ausbildung, Berufserfahrung, bisherige Aufenthalte, kritische Lebensereignisse etc.

Beistandschaft*

Besteht eine Beistandschaft?

 Ja* Nein**Bitte Ernennungsurkunde beilegen*

Kontaktdaten der Beistandsperson

Name

Vorname

Institution

Strasse/ Nr.

PLZ/ Ort

Telefon

E-Mail

Rechnungsstelle (für finanzielle Belange zuständig)

Gleich wie Beistandschaft

Name / Vorname

Adresse

Telefon

E-Mail

Wichtigste Bezugspersonen / Angehörige

Name / Vorname

Adresse / Ort

Beziehung

Telefonnummer

Name / Vorname

Adresse / Ort

Beziehung

Telefonnummer

Medizinische Ansprechpersonen und regelmässige Termine

Aktueller Hausarzt (Name und Adresse)

Psychiater, Psychologe (Name und Adresse)

Weitere Therapien / regelmässige Termine (Name, Adresse und Datum)

Ihre Versicherungen

Beziehen Sie eine Rente einer Sozialversicherung? Ja Nein

Wenn ja, welche?

IV-Rente* SUVA AHV-Rente ALV andere

*In welchem Umfang Ganze Rente ¾ Rente ½ Rente ¼ Rente

Noch keine Rente gesprochen IV-Anmeldung eingereicht

**Bitte Kopie der IV-Rentenverfügung mit Invaliditätsgradberechnung beilegen*

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? Ja Nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Umfang leichte mittel schwer

Krankenkasse (KVG)

Policennummer

Modell

Keine Einschränkung Hausarztmodell HMO

Krankenkasse (VVG)

Policennummer

Hausratversicherung

Policennummer

Privathaftpflichtversicherung

Policennummer

IV-Stelle

IV-Stelle

Adresse

Kontaktperson

Telefon

E-Mail

Unterstützungsbedarf

Welche Beeinträchtigung liegt bei Ihnen vor?

Auf welche Unterstützung sind Sie im Alltag angewiesen?

Sind Sie auf Hilfsmittel angewiesen? Ja Nein

Wenn ja, auf welche?

Allgemeine Fragen zur physischen und psychischen Gesundheit

Sind Sie auf Medikamente angewiesen*? Ja Nein

**Bitte aktuelle Medikamentenverordnung beilegen*

Wenn ja, haben die Medikamente Auswirkungen auf die Arbeitssicherheit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Auswirkungen:		
Einnahme der Medikamente?	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> begleitet
Liegt eine Suchtmittelerkrankung vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Medikamente
	<input type="checkbox"/> Drogen (z. B. Cannabis, Heroin, Kokain)	
	Bemerkungen:	
Spezielle Ernährung* (Spezieller Bedarf / vegetarisch, religiöse Gründe, ärztlich verordnete Diät etc.)		
* Bitte bei Diät ärztliche Verordnung beilegen		
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche		

Kontaktperson für Rückfragen und weitere Informationen

Institution	_____	
Name / Vorname	_____	
Adresse	_____	
Telefon	_____	E-Mail _____

Vollmacht

Das SAZ Burgdorf wird hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung Ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) und Informationen bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Weiter wird die zuständige IV-Stelle bzw. Ausgleichskasse ermächtigt, dem SAZ Burgdorf Auskunft zu erteilen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen, und erkläre mich mit der Anmeldung einverstanden. Ich verpflichte mich, Änderungen (z. B. Adressänderungen, Wohnsitzwechsel, Beistandschaftswechsel, Medikamentenänderungen, Änderungen Sozialversicherungen etc.) unverzüglich dem SAZ Burgdorf mitzuteilen.

Diese Vollmacht gilt für die Dauer der Zusammenarbeit der angemeldeten Person mit dem SAZ Burgdorf.

Ort	_____	Datum	_____
Der / die angemeldete Person	_____	Der / die Vertreter /in	_____