

Anmeldung für einen angepassten Arbeitsplatz

Interessent:in

Name & Vorname _____

Lediger Name _____

Strasse, PLZ & Ort _____

Telefon/Handy _____

E-Mail _____

Newsletter

Ja

Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Geburtsdatum _____

Gesetzlicher

Wohnsitz _____

Heimatort _____

Beruf _____

AHV-Nr. _____

Krankenkasse _____

Krankenkassen-Nr. _____

Zivilstand

ledig

verheiratet

mit

seit

eingetragene Part-
nerschaft

mit

seit

geschieden

von

seit

verwitwet

seit

Vertreter:in

Beistand nach Art.:

anderer Bezug zu

Interessent:in:

Name & Vorname _____

Strasse, PLZ & Ort _____

Telefon

P

G

E-Mail _____

Newsletter

Ja

Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Rechnungsstelle (für finanzielle Belange)

Name & Vorname

Strasse, PLZ & Ort

Telefon

P

G

E-Mail

Newsletter

Ja

Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Medizinische Ansprechperson (Hausarzt, Psychiater, Psychologe – wichtigster Kontakt angeben)

Name & Vorname

Strasse, PLZ & Ort

Telefon

P

G

E-Mail

Grund für die Anmeldung mit kurzem Situationsbericht

Kurze biografische Eckdaten

Wichtige Angaben (z.B. Epilepsie, Allergien)

Kontaktperson für Rückfragen und weitere Informationen

Institution

Name & Vorname

Strasse, PLZ & Ort

Telefon

P

G

E-Mail

Vollmacht

Der Klientendienst und die verantwortlichen Mitarbeitenden der Stiftung Lebensart in Bärau sowie die Heimärzte werden hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Ausserdem wird die zuständige IV-Stelle bzw. Ausgleichskasse zur Auskunftserteilung gegenüber den oben genannten Personen ermächtigt.

Ich bestätige mit der Unterschrift, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen, und erkläre mich mit der Anmeldung für einen angepassten Arbeitsplatz einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift Angemeldete:r

Unterschrift Vertreter:in
