



Name des Bewerbers/der Bewerberin: _____

bitte frei lassen

Wohn- und Arbeitsversuch vom _____ bis _____

Haus 7

10

Arbeitsmöglichkeiten:

① Variante mech. Wst. 3 Wochen

② Variante mech. Wst. + Bürodienstleistung 4 Wochen

③ Variante mech. Wst. + Atelier 10 4 Wochen

Datum bei Mix: _____

**Lieber Bewerber, liebe Bewerberin**

Sie melden sich bei uns zu einem Wohn- und Arbeitsversuch an und erhalten gleich einen umfangreichen Fragebogen. Damit wir Ihren Wünschen und Bedürfnissen möglichst von Anfang an gerecht werden können, möchten wir Sie höflich bitten, diesen Fragebogen genau auszufüllen. Präzise Angaben werden uns die Arbeit erleichtern und hoffentlich auch zu Ihrem Wohlbefinden beitragen.

Wir hoffen, dass Ihre „Schnupperzeit“ bei uns angenehm verlaufen wird und freuen uns auf Ihren Aufenthalt in der WAG!

Das Leitungsteam

1. Personalien:

Familienname: _____	Vorname: _____
Adresse: Strasse: _____	PLZ Ort: _____
Telefon: Privat: _____	Geschäft: _____
Mobile: _____	E-Mail: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Konfession: _____	Zivilstand: _____
Heimatort: _____	Nationalität: _____
AHV Nr.: _____	

Schriften hinterlegt in:

Ort: _____	Kanton: _____
Kinder: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Name: _____	Geburtsdatum: _____
Name: _____	Geburtsdatum: _____
Name: _____	Geburtsdatum: _____

2. Versicherung

Privathaftpflichtversicherung vorhanden ... nicht vorhanden

Versicherungsgesellschaft

Name: _____	
Adresse: Strasse: _____	PLZ Ort: _____
Policennummer: _____	

3. Kontaktadressen:

Angehörige:

Name/Vorname _____ Telefon: _____
 Mobile: _____ E-Mail: _____
 Adresse: _____

Bezugsperson:

Name/Vorname _____ Telefon: _____
 Mobile: _____ E-Mail: _____
 Adresse: _____

Behandelnder Arzt 1:

Name/Vorname _____ Telefon: _____
 Mobile: _____ E-Mail: _____
 Adresse: _____

Behandelnder Arzt 2:

Name/Vorname _____ Telefon: _____
 Mobile: _____ E-Mail: _____
 Adresse: _____

Beistandschaft:

Name/Vorname _____ Telefon: _____
 Mobile: _____ E-Mail: _____
 Adresse: _____

Kategorien der Beistandschaft (es sind Mehrfachnennungen möglich)

- Begleitbeistandschaft** => eine rein begleitende Unterstützung, nur im Einverständnis des/der BewohnerIn möglich
=> **KEIN** gesetzlicher Vertreter
=> mit anderen Beistandsformen **kombinierbar**

- Mitwirkungsbeistandschaft** => kann nur mit dem/der BewohnerIn handeln, nicht für die BewohnerInnen
=> **KEIN** gesetzlicher Vertreter
=> mit anderen Beistandsformen **kombinierbar**

- Vertretungsbeistandschaft** => im Umfang der vereinbarten Aufgaben **gesetzlicher Vertreter** des/der BewohnerIn
=> eine besondere Art davon ist die Vermögensverwaltungsbeistandschaft
=> mit anderen Beistandsformen **kombinierbar**

- Umfassende** Beistandschaft => bezieht sich auf alle Angelegenheiten der Personen- und Vermögenssorge sowie des Rechtsverkehrs. Ersetzt die alte Form der Vormundschaft
=> **gesetzlicher Vertreter**
=> mit anderen Beistandsformen **nicht kombinierbar**

Bemerkungen: _____

Zuständige IV Kommission: _____

Sachbearbeiter IV: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Mobile: _____

Zuständige Pro Infirmis Stelle: _____

Sachbearbeiter PI: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Mobile: _____



4. Gesundheit:

Behinderung / Gesundheitszustand (Diagnose, Ursache und kurze Beschreibung):

Brauchen Sie ärztliche Behandlung? ja nein

welche: _____

Medikamente: ja nein

welche: _____

Nehmen Sie die Medikamente selber ein ja nein

Therapien: ja nein

welche (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, andere)?

Besteht eine ansteckende Krankheit, von welcher die Institution Kenntnis haben muss, damit bei einem Vorfall entsprechend reagiert werden kann? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Darf die Bereichsleitung Wohnen der WAG bei Unsicherheiten/Unklarheiten im Zusammenhang mit der Behinderung und/oder des Gesundheitszustandes Rücksprache mit dem Hausarzt nehmen?

ja nein

Ich erledige selbst:

Pflegeplanung (falls vorhanden) bitte beilegen, sonst benötigte Pflege bitte genau beschreiben:

ungefährer Zeitaufwand pro Tag: _____

Haben Sie eine ärztlich verordnete Diät? ja nein

wenn ja, bitte **ärztliches Zeugnis** beilegen.

Bei zeitlich und / oder finanziell aufwändiger Diät behalten wir uns vor, diese separat in Rechnung zu stellen.

Welche Hilfsmittel benötigen Sie? Elektrorollstuhl ja nein

Handrollstuhl ja nein

Andere spezielle Hilfsmittel: _____

Bringen Sie die Hilfsmittel selber mit? ja nein

Bestätigung Hausarzt

Die oben aufgeführten Beschreibungen im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand entsprechend den momentanen Gegebenheiten. Der Hausarzt/die Hausärztin ist über das Betreuungskonzept – und angebot der WAG informiert und kann sich vorstellen, dass dieses Angebot den Bedürfnissen (medizinisch) der interessierten Person zum momentanen Zeitpunkt entspricht.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Hausarzt: _____

5. Erwachsenenschutzrecht:

Im Rahmen des gesetzlich festgehaltenen Erwachsenenschutzrechts muss die WAG über folgende Angaben verfügen:

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?

JA → Wer verfügt über den Auftrag? _____

NEIN → Info via WAG

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?

JA → Wer verfügt über den Verfügung? _____

NEIN → Info via WAG

Bemerkungen: _____

6. Kurzbiografie:

Persönlicher Werdegang:

7. Wie bestreiten Sie zur Zeit Ihre Lebenskosten?

Arbeitsverdienst		Fr. _____
IV Rente		Fr. _____
Ergänzungsleistungen		Fr. _____
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer	Fr. _____
Öffentliche Unterstützung		Fr. _____
Total		Fr. _____

Auf welches Konto können wir den Lohn überweisen:
Bank: _____ **Bank- / PC-Konto:** _____

8. Interessen, Freizeitgestaltung, Freizeitaktivitäten:

Sind Sie selbständig in der Freizeitgestaltung: ja nein

9. Waren Sie schon in einem Heim? ja nein

Wo? _____

Wie lange? _____

10. Wunschdaten Wohn- und Arbeitsversuch:

Wohn- und Arbeitsversuch vom _____ bis _____

11. In welchem Arbeitsbereich möchten Sie während eines Arbeitsversuches arbeiten?

Werkstätte (WST) Bürodienstleistung (BDL) Atelier 10

Bei Interesse an BDL: Schreibmaschinenkenntnisse? ja nein

Wie bedienen Sie die Tastatur? _____

12. Haben Sie eine Arbeitsstelle ausser Haus?

ja nein

Wenn ja, was? _____

13. Haben Sie eine eigene Berufstätigkeit, die Sie ausführen möchten:

ja nein

Wenn ja, was? _____

14. Wo dürfen wir uns allenfalls über Sie erkundigen?

Referenz: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Mobile: _____

Arzt: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Mobile: _____

WAG	Anmeldung für Wohn- und Arbeitsversuch Wohn- und Arbeitsgemeinschaft Gwatt	QF3103	
------------	--	--------	---

Pflege:		Telefon:	
E-Mail:		Mobile:	
Therapie(n):		Telefon:	
E-Mail:		Mobile:	

15. Persönliche Anliegen und Fragen:

16. Angebot der WAG im Wohnbereich

Es besteht ein Angebot einer differenzierten medizinischen Pflege (Grund- und Akutversorgung, z.B. Wundversorgung, unvorhergesehene Notfallsituationen aufgrund Behinderung). Die Grundpflege wird individuell auf die Defizite der Behinderungsart und auf die daraus resultierenden Bedürfnisse der Klienten abgestimmt. Ein 24h-Dienst während 365 Tagen ist gewährleistet. Medizinische Pflegeverrichtungen, welche diesen Kompetenzbereich überschreiten, werden nicht in der Institution angeboten. Diese Leistungen werden von externen Diensten (z.B. Hausarzt, Spital, Spitex) erbracht.

Die Hilfeleistungen beinhalten die Ernährung sowie Lingerie, Mobilität und prophylaktische Massnahmen. Das Verpflegungskonzept der WAG stellt sicher, dass für die Klienten eine angepasste Ernährung gewährleistet werden kann. Spezielle Diäten werden nach Absprache im Rahmen der Möglichkeiten angeboten.

Es gilt das Prinzip: Soviel Hilfe wie nötig, jedoch so wenig wie möglich. Wir unterstützen die Bewohner im Rahmen der Selbstständigkeitsförderung und unterstützen sie auch dabei, Wochenenden und Ferien ausserhalb der Institution zu verbringen.

Grundsätzlich werden die Bewohner dahingehend gefördert, dass sie an Freizeitaktivitäten ausserhalb der Institution teilnehmen können. Für all jene, welche wegen ihrer Behinderung in ihren Möglichkeiten eingeschränkt oder nicht mehr im Arbeitsalltag eingebunden sind, wird ein Beschäftigungsprogramm (Tagesstruktur) im Rahmen der WAG-Möglichkeiten angeboten. Es werden sozialdienstliche Arbeiten im Sinne ebenfalls im Rahmen der WAG-Möglichkeiten eines Case-Managementes angeboten: Ferienplanung für extern, Finanzplanung, Kontakte zu Versicherungen, Mithilfe bei der individuellen Freizeitorganisation.

17. In eigener Sache:

Der Wohn- und Arbeitsversuch wird finanziert durch:

- IV (Verfügung vorhanden)
- Privat
- Sonstige Stelle: _____

Aus welchen Gründen haben Sie Interesse an unserem Haus?

Wer hat Sie auf die Stiftung WAG aufmerksam gemacht?

Ort, Datum:

Unterschrift:

Wir danken Ihnen herzlich für das genaue Ausfüllen des Fragebogens! Das Leitungsteam