

## 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. \_\_\_\_\_

Zivilstand  ledig

verheiratet mit \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

eingetragene Partnerschaft 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

---

---