



Bewerbung um Aufnahme in die Stiftung BRUNEGG in 8634 Hombrechtikon

- a) Wohnplatz-Bewerbung
b) Arbeitsplatz-Bewerbung
c) Ausbildungsplatz-Bewerbung
d) Eintrittstermin:
e) Verpflegung

1 Personalien der/des Bewerberin/Bewerbers

Name:
Vorname:
Adresse:
Telefon Nr.:
Handy:
Geburtsdatum:
AHV-/IV-Nr.:
Heimatort bzw. Nationalität:
Ausländerausweis:
Konfession:
Krankenkasse:
Versich.-Nr.:
Adresse:
Haftpflichtversicherung:
Adresse:

2 Angaben über die Eltern und Angehörige

2.1 Vater

Name:
Vorname:
Adresse:
Telefon Nr. P:
Handy:
Telefon Nr. G:
Zivilstand:
Email:

Ich wünsche das BruneggBlatt und/oder den Elternbrief zu erhalten.

2.2 Mutter

Name:
Vorname:
Adresse:
Zivilstand:
Telefon Nr. P:
Handy:
Telefon Nr. G:
Email:

Ich wünsche das BruneggBlatt und/oder den Elternbrief zu erhalten.



**2.3 Geschwister:**

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Kontakt zur/zum BewerberIn: .....  
Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Kontakt zur/zum BewerberIn: .....  
Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Kontakt zur/zum BewerberIn: .....

Weitere Geschwister bitte auf einem Beiblatt aufführen.

**2.4 Weitere Kontaktpersonen (Verwandte, Paten usw.)**

Name: ..... Vorname: .....  
Adresse: .....  
Telefon Nr. P: ..... Handy: .....  
Telefon Nr. G: .....  
Email: .....  
Art der Beziehung zur/zum BewerberIn: .....

Ich wünsche  das BruneggBlatt und/oder  den Elternbrief zu erhalten.

Name: ..... Vorname: .....  
Adresse: .....  
Telefon Nr. P: ..... Handy: .....  
Telefon Nr. G: .....  
Email: .....  
Art der Beziehung zur/zum BewerberIn: .....

Ich wünsche  das BruneggBlatt und/oder  den Elternbrief zu erhalten.

**3 Gesetzliche Vertretung**

Art des vormundschaftlichen Schutzes:

- Verlängerung der elterlichen Gewalt
- Beistandschaft
- Vormundschaft
- KESB
- Keiner

Name: ..... Vorname: .....  
Adresse: .....  
Telefon Nr. P: ..... Handy: .....  
Telefon Nr. G: .....  
Email: .....

Ich wünsche  das BruneggBlatt und/oder  den Elternbrief zu erhalten.



### 4 Schulbildung und Aufenthalte

Schulen:	von	bis
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Arbeitsstellen:	von	bis
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Wohnorte (Institutionen, Heime usw.):	von	bis
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Vereine, Mitgliedschaften (z:B. GBZO, Elternverein) inkl. Adresse:

.....

.....

.....

Vorhandene Zeugnisse von Schulen, Arbeitsstellen u.a. bitte hier beilegen.

### 5 Angaben zur Person

#### 5.1 Ärzte- und Therapeuten-Adressen

Hausarzt: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

Zahnarzt: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

#### Spezialärzte und Therapeuten

Name: .....

Fachgebiet: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

Name: .....

Fachgebiet: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

Weitere Ärzte und Therapeuten bitte auf einem Beiblatt notieren.



**5.2 Ressourcen und Interessen (z.B. Hobbys)**

.....  
.....  
.....

Art und Ursache der Behinderung (Ursache: Genetisch, Unfall, Krankheit)

.....  
.....  
.....

**5.3 Bekannte Krankheiten**

- Allergien  nein  ja;
- Desensibilisierung  erfolgt  erwünscht;
- Asthma  nein  ja;
- Epilepsie  nein  ja, Häufigkeit:
- Diabetes  nein  ja;
- Infektionskrankheit  nein  ja;
- (z.B. Borreliose von Zecken):
- Aids  nein  ja;
- Hepatitis  nein  ja;
- andere Krankheiten  nein  ja;

.....  
.....

(wie Augen, Ohren, Sprache, Magen/Darm/Blase, Cerebrales Nervensystem)

**5.4 Einschränkungen**

Psychomotorische Störungen (Ungeschicklichkeit, Bewegungsunruhe, Bewegungshemmung):

.....  
.....

Störung der Sensibilität (z.B. an Armen, Händen, Beinen):

.....  
.....

Psychische Besonderheiten:

.....  
.....

Therapien (z.B. Psycho-, Ergo-, Physio-, Reit-, Maltherapie):

.....  
.....

Lernschwierigkeiten (wenn möglich mit Angabe der Ursache):

.....  
.....

Eingeschränkte Wahrnehmung (bitte genauer umschreiben):

.....  
.....



Hilfsmittel (z.B. Brille, Hörapparat, Gehhilfen, Schienen, Rollstuhl):

Kann mit Hilfsmittel selbstständig umgehen:  ja  nein; .....

Medikamente und deren Dosierung:  ja  nein; .....

## 5.5 Impfungen

Jährliche Grippeimpfung erwünscht  ja  nein; .....

Andere gewünschte Impfungen die nicht obligatorisch sind:

.....

## 5.6 Selbständigkeit

### 5.6.1 Körperpflege (nur bei Bewerbungen für Wohnplätze ausfüllen)

Waschen  Selber  Unterstützt:

Zähne putzen  Selber  Unterstützt:

Rasieren  Selber  Unterstützt:

Baden  Selber  Unterstützt:

Duschen  Selber  Unterstützt:

Menstruation  Selber  Unterstützt:

WC  Selber  Unterstützt:

### 5.6.2 Bekleidung (nur bei Bewerbungen für Wohnplätze ausfüllen)

Auswahl  Selber  Unterstützt:

Anziehen  Selber  Unterstützt:

Bereitlegen  Selber  Unterstützt:

Schrankordnung  Selber  Unterstützt:

### 5.6.3 Essen

Einnahme  Selber  Unterstützt:

### 5.6.4 Hauswirtschaftliche Kenntnisse (nur bei Bewerbungen für Wohnplätze ausfüllen)

Zimmer reinigen  Selber  Unterstützt:

Zimmerordnung  Selber  Unterstützt:

Einkaufen  Selber  Unterstützt:

Kochen / Backen  Selber  Unterstützt:

Wäsche waschen  Selber  Unterstützt:

Bügeln  Selber  Unterstützt:



**5.6.5 Mobilität**

- Velofahren  ja  etwas  nein
- Schwimmen  ja  etwas  nein
- Eisenbahn  ja  etwas  nein
- Bus  ja  etwas  nein
- Tram in Zürich  ja  etwas  nein

- |                       |                              |   |   |
|-----------------------|------------------------------|---|---|
| Allgemeine Kenntnisse | gut                          | ein wenig                               | kann nicht                                    |
| Sprechen              | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkte | <input type="checkbox"/> schlecht/keine ..... |
| Lesen                 | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkte | <input type="checkbox"/> schlecht/keine ..... |
| Schreiben             | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkte | <input type="checkbox"/> schlecht/keine ..... |
| Rechnen               | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkte | <input type="checkbox"/> schlecht/keine ..... |
| Umgang mit Geld       | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkte | <input type="checkbox"/> schlecht/keine ..... |

**5.7 Ernährung**

- Spezielle Diät  nein  ja:
- Spezielle Wünsche  nein  ja:
- Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme:

.....  
.....

**5.8 Verdauung**

- normal  Verstopfung  Durchfall
- andere Störung(en): .....

**5.9 Verfügbare Berichte (z.B. medizinische/psychologische/psychiatrische Abklärungen)**

.....

**6 Aktuelle Situation (Angemeldeter Wohnsitz, Arbeitsstelle usw.)**

.....  
.....  
.....

**7 Finanzielle Situation**

**7.1 Für Wohn- oder Arbeitsplatzbewerbungen:**

Wer verwaltet die Fürsorgegeldern?

.....

Kostengutsprache (Rechnungsadresse):

.....  
.....

Monatliche IV-Rente in CHF:

.....

Ergänzungsleistungen:  nein  ja, CHF: .....



Hilflosenentschädigung (monatlich):  nein  ja, CHF: .....

Grad der Hilflosigkeit  leicht (1)  mittel (2)  schwer (3)

Pflegebeitrag (täglich)  nein  ja, CHF:

Lohnauszahlung:  in bar  
 auf PC-Konto Nr.  
 auf Bank Konto Nr.  
Bankname/Filiale/Ort:  
Bank-Clearing-Nr.: .....

**7.2 Für Ausbildungsplatzbewerbungen:**

Bei der IV Berufsberatung angemeldet:  ja  nein  
Für Berufliche Massnahmen der IV aufgenommen:  ja  nein  
Adresse der IV-Berufsberatung:  
.....

Name des IV-Berufsberaters:

**8 Besondere Hinweise/Anliegen der Bewerberin/des Bewerbers und der Angehörigen**

.....  
.....

Ort und Datum: Unterschrift BewerberIn:

.....

Unterschrift Gesetzliche Vertretung:

.....

Eingesehen von

Ort und Datum: Unterschrift Angehörige

.....

Beilagen:

- .....
- .....
- Vollmacht Brunegg
- Vollmacht SVA

Die Vollmachtserklärungen sind vor der definitiven Vereinbarung einer Ausbildung oder eines Eintrittes unterzeichnet abzugeben. Dies kann vor oder nach der Schnupperzeit erfolgen.



## Vollmacht Stiftung Brunegg

### Vollmachtgebende Person:

Vorname/Name: .....  
Adresse: .....  
PLZ/Ort: .....  
Geburtsdatum: .....

### Vollmacht

Hiermit erteile ich die ausdrückliche Erlaubnis, dass die Stiftung Brunegg, betreffs gesundheitlicher Fragen bei folgenden Fachpersonen erforderliche Auskünfte einholen darf:

- Hausarzt, Dr. med.: .....
- Psychiater, Psychologe/in: .....
- andere Fachärzte: .....

Gleichzeitig entbinde ich die oben genannten Fachpersonen von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht und erlaube, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Folgende Personen dürfen im Namen der Stiftung BRUNEGG Auskünfte einholen:

- Thomas Schmitz, Geschäftsführer
- Martin Knecht, Leiter Gärtnerei
- Edi Meisterhans, Leiter Ausbildung
- Esther Baumgartner, Fachperson Integration
- Elisabeth Schwyter, Leiterin Wohnen

Ort/Datum: .....

Unterschrift der Vollmachtgebenden Person: .....





Vollmacht Sozialversicherungsanstalt Zürich SVA

SVA Zürich

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

SVA Zürich
Versicherungsbeiträge
Postfach
8087 Zürich

Rechtshandlungen mit der SVA Zürich:
Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber /
Vollmachtgeberin die nachstehende, als
Bevollmächtigter / Bevollmächtigte bezeichnete
Person, meine Interessen in Bezug auf die
Beiträge und Leistungen hinsichtlich der unten
aufgeführten Sozialversicherungen gegenüber
der SVA Zürich wahrzunehmen.

Die Vollmacht umfasst die Vertretung vor der
SVA Zürich in den Bereichen AHV, IV,
Erwerbsersatzordnung, Mutterschafts-
entschädigung, Prämienverbilligung, Familien-
zulagen und Zusatzleistungen zur AHV/IV sowie
die Ergreifung von Rechtsmitteln.

Ich befreie die SVA Zürich von der beruflichen
und gesetzlichen Schweigepflicht und
ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten
Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu
gewähren.

Abweichende gesetzliche Bestimmungen
vorbehalten, erlischt diese Vollmacht nicht mit
meinem Ableben, der Verschollenenerklärung,
dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder
mit meinem Konkurs.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen
Widerruf gültig.

Ich wünsche, dass die SVA Zürich ab sofort
sämtliche Korrespondenz dem/der
Bevollmächtigten zustellt.

SVA des Kantons Zürich
Röntgenstr. 17, Postfach, 8087 Zürich
Tel 044 448 50 00, Fax 044 448 55 55, www.svazurich.ch

Bevollmächtigter / Bevollmächtigte

Name, Vorname / Institution

Strasse

PLZ, Ort

Telefon Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten

Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin

(Firma oder versicherte Person)

Abrechnungsnummer / AHV-Nummer

Name, Vorname

Geschlecht O weiblich O männlich

Geburtsdatum

Adresse

PLZ, Ort Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich,
muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.



**Vollmacht Sozialversicherungsanstalt SVA .....**

**Bitte ausgefüllt zurücksenden an:**

SVA .....  
.....  
.....

**Rechtshandlungen mit der SVA .....  
Vollmacht**

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber /  
Vollmachtgeberin die nachstehende, als  
Bevollmächtigter / Bevollmächtigte bezeichnete  
Person, meine Interessen in Bezug auf die  
Beiträge und Leistungen hinsichtlich der unten  
aufgeführten Sozialversicherungen gegenüber  
der SVA ..... wahrzunehmen.

Die Vollmacht umfasst die Vertretung vor der  
SVA ..... in den Bereichen AHV, IV,  
Erwerbsersatzordnung, Mutterschafts-  
entschädigung, Prämienverbilligung, Familien-  
zulagen und Zusatzleistungen zur AHV/IV sowie  
die Ergreifung von Rechtsmitteln.

Ich befreie die SVA ..... von der beruflichen  
und gesetzlichen Schweigepflicht und  
ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten  
Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu  
gewähren.

Abweichende gesetzliche Bestimmungen  
vorbehalten, erlischt diese Vollmacht nicht mit  
meinem Ableben, der Verschollenenerklärung,  
dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder  
mit meinem Konkurs.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen  
Widerruf gültig.

Ich wünsche, dass die SVA ..... ab sofort  
sämtliche Korrespondenz dem/der  
Bevollmächtigten zustellt.

**Bevollmächtigter / Bevollmächtigte**

.....  
Name, Vorname / Institution

.....  
Strasse

.....  
PLZ, Ort

.....  
Telefon Datum

.....  
Unterschrift des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten

**Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin**

(Firma oder versicherte Person)

.....  
Abrechnungsnummer / AHV-Nummer

.....  
Name, Vorname

.....  
Geschlecht  weiblich  männlich

.....  
Geburtsdatum

.....  
Adresse

.....  
PLZ, Ort Datum

.....  
Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich,  
muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden