



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: Ort:
Mail:
Telefon Nr.: Handy:
Geburtsdatum: SVA-Nr.:
Heimatort bzw. Nationalität: Ausländerausweis:
Konfession:
Krankenkasse:
Versich.-Nr.:
Haftpflichtversicherung:
Versich.-Nr.:

2 Angaben über die Eltern und Kontaktpersonen

2.1 Vater

Name: Vorname:
Adresse: Email:
Telefon Nr. P: Handy:
Telefon Nr. G: Zivilstand:
Ich wünsche das BruneggBlatt und/oder den Elternbrief zu erhalten.

2.2 Mutter

Name: Vorname:
Adresse: Email:
Telefon Nr. P: Handy:
Telefon Nr. G: Zivilstand
Ich wünsche das BruneggBlatt und/oder den Elternbrief zu erhalten.



2.3 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

Besteht eine gesetzliche Vertretung / Beistandschaft?

- Ja (bitte Ernennungsurkunde beilegen)
- Nein

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

Die Angaben zu den Punkten 5.6.1, 5.6.2, 5.6.3 und 5.6.4 bitte nur ausfüllen, wenn Sie sich um einen Wohnplatz bewerben. Für Bewerbungen für einen Arbeitsplatz werden diese Angaben nicht benötigt.

5.6.1 Körperpflege (nur bei Bewerbungen für Wohnplatz)

- 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 Wohnplatz)

- Auswahl Selber Unterstützt:
- Anziehen Selber Unterstützt:
- Bereitlegen Selber Unterstützt:
- Schrankordnung Selber Unterstützt:

5.6.3 Hauswirtschaftliche Kenntnisse (nur bei Bewerbungen für Wohnplatz)

- Zimmer reinigen Selber Unterstützt:
- Zimmerordnung Selber Unterstützt:
- Einkaufen Selber Unterstützt:
- Kochen / Backen Selber Unterstützt:
- Wäsche waschen Selber Unterstützt:
- Bügeln Selber Unterstützt:

5.6.4 Verdauung (nur bei Bewerbungen für Wohnplatz)

- normal Verstopfung Durchfall
- andere Störung(en):



Nachfolgende Punkte bitte wieder ausfüllen, auch wenn Sie sich nur für einen Arbeitsplatz bewerben.

5.6.5 Essen

Einnahme selber unterstützt:

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

Bitte verfügbare Berichte dieser Bewerbung beilegen. Diese Berichte helfen uns die Situation richtig einzuschätzen. Selbstverständlich werden alle Berichte streng vertraulich behandelt.

Beilagen:

-
-
-

6 Aktuelle Situation (Angemeldeter Wohnsitz, Arbeitsstelle usw.)

.....

.....

.....



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

Ort und Datum: Unterschrift BewerberIn:

.....

Unterschrift Gesetzliche Vertretung:

.....

Eingesehen von

Ort und Datum: Unterschrift Angehörige

.....

Beilagen:

- Rentenentscheid der IV
- Vollmacht Brunegg
- Vollmacht SVA
- Ernennungsurkunde Beistandschaft
-
-
-
-
-

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
- Caroline Beltrame, Leiterin Wohnen
- Martin Knecht, Leiter Gärtnerei
- Esther Baumgartner, Fachperson Integration
- David Baumgartner, Fachperson Integration
- Dr. Andrea Angehrn, Heimärztin

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 weiblich männlich

.....
Geburtsdatum

.....
Adresse

.....
PLZ, Ort Datum

.....
Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin

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

