

BEWERBUNGSBOGEN

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Bitte füllen Sie unbedingt alle Seiten dieser Vereinbarung vollständig aus.
Anmeldungen ohne die erforderlichen Unterschriften sind ungültig.

FOTO

für einen Arbeitsplatz

für einen Ausbildungsplatz (gilt für alle beruflichen Massnahmen der IV)

für einen Ausbildungs- und Wohnplatz

In diesem Fall gilt die Tarifvereinbarung mit der SVA

für einen Wohnplatz

1. Der Gastaufenthalt ist eine Beurteilungsphase, sowohl für die Bewerberin oder den Bewerber, wie für das iwaz.
2. Am Ende des Gastaufenthaltes von üblicherweise 2-4 Wochen wird gemeinsam entschieden, ob die Bewerberin oder der Bewerber im iwaz wohnen kann. Unser Vertrauensarzt kann bei Ihrem Hausarzt Informationen einholen und uns eine Empfehlung aus medizinischer Sicht für den Aufnahmeentscheid unterbreiten.
3. Die bisherige Wohnsituation darf deshalb bis zum definitiven Entscheid nicht gekündigt werden.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Abschnitte 1. - 3. verstanden haben und akzeptieren. (Unterschriften sind nur gültig wenn diese, wo erforderlich durch die gesetzliche Vertretung mit unterzeichnet werden.)

Bewerberin / Bewerber

Name

Vorname

Unterschrift:

gesetzliche Vertretung:

Name

Vorname

Unterschrift:

KONTAKTPERSONEN

Bezugsperson

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:

Name: Vorname:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: E-Mail:

Hausarzt

Name: Vorname:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: E-Mail:

BEHINDERUNG / KRANKHEITEN

Diagnose(n):

Behindert seit:

Angaben zu Krankheiten (inkl. Suchtkrankheiten):

Angaben zur Medikamenteneinnahme

Name des Medikaments:

Name des Medikaments:

Name des Medikaments:

(Bitte legen Sie eine Kopie Ihrer aktuellen ärztlichen Medikamentenverordnung bei, falls vorhanden)

Haben Sie Allergien, wenn Ja welche?

Brauchen Sie Therapien, wenn Ja welche?

SOZIALE SITUATION

Bisherige Wohnsituation: bei Eltern / Lebenspartner/in allein
 Wohngruppe/Wohngemeinschaft betreute Wohnsituation
 andere:

Welche Begleitung und/oder Unterstützung erhalten Sie heute in Ihren sozialen und alltäglichen Aktivitäten?

Hobbies:

VORSORGE

Vorsorgeauftrag vorhanden Ja Nein

Patientenverfügung vorhanden Ja Nein
(Bitte Kopien beilegen)

VERPFLEGUNG

Brauchen Sie Diät? Ja Nein Wenn ja, welche:

Sind Sie Vegetarier/in? Ja Nein

Sind Sie Veganer/in? Ja Nein

Andere Ja Nein Wenn ja, welche:

GRUNDPFLEGE *(nur bei Bewerbung für einen Wohnplatz ausfüllen)*

(zutreffendes ankreuzen)	selbständig	teilweise auf Hilfe angewiesen	unselbständig bin auf Hilfe angewiesen
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilisation, Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Art:
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SPEZIALPFLEGE *(nur bei Bewerbung für einen Wohnplatz ausfüllen)*

(zutreffendes ankreuzen)	Ja	Nein	Bemerkungen
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lagerung während der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche:



HILFSMITTEL

Ich bin auf folgende Hilfsmittel angewiesen und bringe diese mit:

- | | | | |
|------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Elektrorollstuhl | <input type="checkbox"/> | Handrollstuhl | <input type="checkbox"/> |
| Gehstöcke | <input type="checkbox"/> | Rollator | <input type="checkbox"/> |
| Hörgerät | <input type="checkbox"/> | Brille | <input type="checkbox"/> |

Andere

VERSICHERUNG

- | | | | |
|---------------|-----|------------------------|-----|
| IV-Rente | CHF | Hilflosenentschädigung | CHF |
| SUVA-Rente | CHF | Ergänzungsleistungen | CHF |
| BVG-Rente | CHF | Weitere Leistungen | CHF |
| Andere Renten | CHF | | |

ALLGEMEINES

Warum möchten Sie ins iwaz kommen?

Wann können Sie eintreten?

Wo dürfen wir uns allenfalls über Sie erkundigen? (z.B. Arbeitgeber, Wohnheim, etc.)

Bemerkungen:

Ort:

Datum:

Unterschrift Bewerber/in:

Unterschrift gesetzliche Vertretung:



EINSENDEN AN:

iwaz
Schweizerisches Wohn- und Arbeitszentrum
für Mobilitätsbehinderte
Neugrundstrasse 4
8620 Wetzikon ZH

BEILAGEN

Bitte ankreuzen:

- Kopie Aufenthalts- / Niederlassungsbewilligung
- Kopie Ernennungsurkunde KESB
- Kopie Regelung des Vertretungsrechts
- Kopie IV-Rentenverfügung
- Kopie ärztliche Medikamentenverordnung
- Kopie Vorsorgeauftrag
- Kopie Patientenverfügung
-
-
-

Geht an:

- Personaldienst
- Bereichsleitung Wohnen
- Bereichsleitung Ausbildung & Agogik