



Anmeldeformular für das Begleitete Einzelwohnen

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an:

Bündner Hilfsverein
für psychisch kranke Menschen
Quaderstrasse 2
7000 Chur

InteressentIn

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon:

Natel:

geboren am:

AHV-Nr.: 756.

Mietvertrag gültig ab:

VermieterIn:

Gesetzlicher Vertreter / Rechnungsadresse

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Begleitbeistandschaft

Vertretungsbeistandschaft

Mitwirkungsbeistandschaft

Umfassende Beistandschaft

Keine

Rechnungsadresse

Behörde:

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon:

Natel:

E-Mail:

IV-Rente:

ja

nein

Anmeldung läuft seit:

Ergänzungsleistung:

ja

nein

Anmeldung läuft seit:

Hilflosen-

ja

nein

Anmeldung läuft seit:

entschädigung:

abgelehnt am:

Begleitung gewünscht ab:



In welchen Bereichen brauchen Sie Unterstützung vom Begleiteten Einzelwohnen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Haushalt, waschen, putzen | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Körperhygiene | <input type="checkbox"/> Tagesstruktur |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Umgang mit Finanzen/Administration | <input type="checkbox"/> |

Warum möchten Sie ins Begleitete Einzelwohnen eintreten?

Woran möchten Sie arbeiten?

Ihre Erwartungen an das Begleitete Einzelwohnen?

Wo können wir Sie zurzeit erreichen?

Ort und Datum

InteressentIn

Gesetzlicher Vertreter
