

**Antrag um Aufnahme in die Wohngemeinschaft Fluematt**

Ich möchte in die Wohngemeinschaft Fluematt aufgenommen werden:  
(zutreffendes bitte ankreuzen)

- für eine dauerhafte Wohnmöglichkeit
- für eine Übergangswohnmöglichkeit voraussichtlich von.....bis.....
- für die kurze Wohnmöglichkeit voraussichtlich von.....bis.....
- ambulant, zur Ausübung einer Therapie, Beschäftigung oder Schulung

**1. Persönliche Daten:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-mail: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

AHV/IV Nummer: \_\_\_\_\_ SUVA Nummer: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Beruflicher Werdegang:  
\_\_\_\_\_

Kontaktperson (Familie, Sozial Arbeiter, Vormund)

Name u. Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax Nr.: \_\_\_\_\_

Wer hilft Ihnen bei finanziellen Belangen und Abklärungen?

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_



## 2. Finanzielles:

Hilflosenentschädigung: \_\_\_\_\_  
Ergänzungsleistungen: \_\_\_\_\_

Name der  
Krankenkasse/Unfallversicherung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse  
Krankenkasse/Unfallversicherung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mitgliedernummer:  
\_\_\_\_\_

## 3. Angaben zum Gesundheitszustand:

Art der Behinderung und Höhe der  
Läsion: \_\_\_\_\_

Welche Hilfsmittel benutzen Sie zur:

Fortbewegung: \_\_\_\_\_

Umfeldkontrolle: \_\_\_\_\_

Kommunikation: \_\_\_\_\_

Steuerung der elektronischen  
Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Essen: \_\_\_\_\_

Waschen: \_\_\_\_\_

Transfers: \_\_\_\_\_

Dekubitusprophylaxe: \_\_\_\_\_

–

Behandelnder Arzt oder  
Hausarzt: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_



#### 4. Berufliche Aktivitäten und Beschäftigung:

Möchten Sie einer neuen Tätigkeit in der Wohngemeinschaft Fluematt nachgehen?

Ja,  Nein,

In welchem hausinternen Bereich möchten Sie gerne mithelfen?

Administration der Wohngemeinschaft:

Hauswirtschaft:

Beschäftigung/Freizeit:

Verfügen Sie über Kenntnisse aus einem der oben genannten Gebiete?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### 5. In welchen Institutionen waren Sie seit dem Unfall/Krankheitsbeginn?

a) \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_ Referenz: \_\_\_\_\_

Austrittsgrund? \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_ Referenz: \_\_\_\_\_

Austrittsgrund? \_\_\_\_\_

#### 6. Was ist meine Motivation, um in der WG Fluematt zu wohnen?

#### 7. Was erwarte ich vom Team?

#### 8. Welche Ziele will ich als Bewohner in der WG Fluematt erreichen?



Datum:.....

Unterschrift:.....

Über die definitive Aufnahme in die Wohngemeinschaft entscheidet das Leitungsteam der Wohngemeinschaft. In Ausnahmefällen (bei fehlender Finanzierung) entscheidet die Betriebskommission der Stiftung FLS.

Mit der Unterschrift erkläre ich mich bereit, dass die Leitung WG Fluematt, bei Bedarf, die oben aufgeführten Institutionen (IV, SUVA, Krankenkasse, Arbeitgeber, Referenzen....) kontaktieren kann und dass ich den Aufnahmekriterien und der Hausordnung zustimme.