

Ich bewerbe mich um einen Platz in der Stiftung Behindertenbetriebe Uri:

Produktion

Zentrale Dienste

Wohnen

Tagesatelier

PrA Ausbildung

Gewünschtes Eintrittsdatum:

## Angaben zur Person:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ Wohnort:

Tel.-Nr.:

Geburtsdatum:

E-Mail

SV-Nummer (AHV)

Beruf:

Zivilstand:

Heimatort:

Konfession:

Art der Behinderung:

Jetziger Arbeitsort:

Wohnhaft bei:

Gesetzlicher Wohnsitz:

Staatsangehörigkeit

Bei Ausländischen Staatsbürgern

Art der Aufenthaltsbewilligung

Gültigkeit der Aufenthaltsbewilligung

Quellensteuerpflichtig  Ja  Nein

## Gesetzliche Vertretung

Ja  Nein

Art der Beistandschaft:

Begleitbeistandschaft ZGB Art. 393

Kombination von Beistandschaften

Vertretungsbeistandschaft ZGB Art. 394

ZGB Art. 397

Vermögensverwaltung ZGB Art. 395

Umfassende Beistandschaft

Mitwirkungsbeistandschaft ZGB Art. 396

ZGB Art. 398

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ Wohnort:

Tel.-Nr.:

E-Mail

### Angaben über den Bezug von Renten

IV-Rente     Ja     Nein     ¼ Rente     ½ Rente     ¾ Rente     Ganze Rente  
HE nur für TA     Ja     Nein     Leicht     Mittel     Schwer  
SUVA     Ja     Nein  
KK/UV     Ja     Nein  
AHV     Ja     Nein  
Militärvers.     Ja     Nein

### Wichtige Adressen:

#### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

#### Spezialarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

#### Sozialdienst oder andere Spezialstelle

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

#### Weitere relevante Kontaktpersonen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Kontaktperson

Geschwister  Vater  Mutter

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

In welchem Verhältnis steht die Kontaktperson zu angemeldeten Person.

## Die Anmeldung ist erfolgt durch

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ Wohnort:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

## Bemerkungen:

Der/Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und erlaubt hiermit der Stiftung Behindertenbetriebe Uri beim Hausarzt oder bei anderen zuständigen Fachpersonen Auskünfte einzuholen. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Die Entgegennahme dieser Anmeldung sichert noch keine Aufnahme zu. Nach Einholen der Informationen bei Ihren angegebenen Stellen und nach erfolgter Probezeit findet ein Bilanzgespräch statt, an dem über die definitive Aufnahme entschieden wird.

Die Anmeldung ist zu richten an:

Stiftung Behindertenbetriebe Uri  
Fachassistenz WS  
Rüttistrasse 57  
6467 Schattdorf

Verteiler / Leitweg

### Wer

Fachassistenz/Admin. Assistenz WS

Fachassistenz/Admin. Assistenz WS

Fachassistenz/Admin. Assistenz WS

### Was

Erhält die Anmeldung

Wenn Anmeldung für WH oder TA dann  
Kopie der Anmeldung an:

- Fachassistenz WT
- Administrative Assistenz WT

Original: Ablage im MA/BEW-Dossier