

Ich bewerbe mich um einen Platz in der Stiftung Behindertenbetriebe Uri

- Entlastungsangebot
 Notangebot

Ich würde gerne vom _____ bis und mit _____ das Entlastungsangebot belegen.

Angaben zur Person¹:

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ Wohnort:
Tel.-Nr.:	Geburtsdatum:
SV-Nr.:	Beruf:
Zivilstand:	Heimatort:
Konfession:	Art der Behinderung:
Jetziger Arbeitsort:	
Wohnhaft bei:	Gesetzlicher Wohnsitz:

Gesetzliche Vertretung Ja Nein

- Begleitbeistandschaft ZGB Art. 393
 Vertretungsbeistandschaft ZGB Art. 394
 Vermögensverwaltung ZGB Art. 395
 Mitwirkungsbeistandschaft ZGB Art. 396
 Umfassende Beistandschaft ZGB Art. 398
 Kombination von Beistandschaften ZGB Art. 397
 Eltern

Ansprechperson

- | | |
|--------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Beistand | Name: |
| <input type="checkbox"/> Eltern | Vorname: |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | Strasse: |
| | PLZ/Wohnort |
| | Telefonnr.: |
| <input type="checkbox"/> Andere | |

¹ Bei Personen, die in der SBU arbeiten, müssen nur Name, Vorname und Geb. Datum ausgefüllt werden.

Angaben über den Bezug von Renten

IV-Rente Ja Nein ¼ Rente ½ Rente ¾ Rente Ganze Rente
HE Ja Nein Leicht Mittel Schwer

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 Eingang der Anmeldung wird der entsprechende Abteilungsleiter mit Ihnen Kontakt aufnehmen.

Die Anmeldung ist zu richten an:

Stiftung Behindertenbetriebe Uri
Admin. Assistenz WT
Rüttistr. 57
6467 Schattdorf

Beilagen:

- Tarifordnung
- Hausordnung WH
-

Leitweg:

- Original Adm. Assistenz WT
- Kopie an Fachassistenz WT