

Antrag zur Aufnahme in die Tagesstätte

PERSONALIEN

Vorname:	Name:
Geburtsdatum:	Heimatort:
Handynummer:	Krankenkasse:
E-Mailadresse:	IV / AHV-Nr.:
Nationalität:	Bankverbindung :
Zivilstand:	Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

WOHN- UND ARBEITSSITUATION

Wohnen:

<input type="checkbox"/> eigene Wohnung/Zimmer bei Angehörigen	<input type="checkbox"/> Institution/Wohnheim:
Strasse/Nr. :	PLZ/Ort:

Arbeit:

intern / geschützter Arbeitsplatz im Band (Pensum):

extern / Arbeitgeber/in:

EINKOMMENSVERHÄLTNISSE

<input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen
<input type="checkbox"/> AHV-Rente	<input type="checkbox"/> Pensionskassenleistungen	<input type="checkbox"/> Andere
<input type="checkbox"/> IV-Vollrente	<input type="checkbox"/> IV-Teilrente	

IV-Rentenprüfung:

Personen aus dem Kanton Bern (mit IV / AHV-Rente) → Kosten durch Leistungsbeiträge gedeckt.

Andere Personen / ohne IV-Rente / mit hängigem Rentenentscheid → Kostengutsprache durch zuweisende Stelle.

Ausserkantonale betreute Personen (unabhängig von IV-Anspruch) → Kostenübernahmegarantie durch Wohnsitzkanton.

BEISTAND / GESETZLICHE VERTRETUNG

ja (Bitte untenstehende Felder ausfüllen) nein

Dok.-Nr.:	Version:	Titel:	
6.6.100 FO	1.3	Antrag Aufnahme Tagesstätte	Seite 1 von 3

Vorname, Name: Telefon:
Strasse/Nr.: PLZ/Ort:

GEWÜNSCHTE EINSATZZEITEN

	Zeitfenster	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Vormittag	8.30 – 11.45 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachmitta g	13.00 – 16.30 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bis 16.00 Uhr

(Wichtiger Hinweis: Die Mindestteilnahme beträgt 2.5 Stunden pro Tag, an mindestens drei Halbtagen pro Woche.)

Bemerkungen:

Eintritt in die Tagesstätte:

dringend unbestimmt bestimmtes Datum gewünscht:

DIAGNOSE/GESUNDHEITLICHE SITUATION

Medikamente:

Arzt / Therapie: Telefon:

Spezielles (Hilfe/Pflegebedarf/Medikamenteneinnahme usw.):

Notfallkontakt:

Vorname, Name: Telefon:
Strasse / Nr.: PLZ / Ort:

ANTRAGSSTELLUNG VON

- persönlich Familie Bekannte/Freunde
 Beratungsstelle Beistand Institution

Ich/wir beantragen hiermit die Aufnahme in die Tagesstätte der Band-Genossenschaft Bern.

Ort/Datum: Unterschrift Antragsteller/in:
.....

Dok.- Nr. :	Version:	Titel:	
6.6.100 FO	1.3	Antrag Aufnahme Tagesstätte	Seite 2 von 3

ENTSCHEID LEITUNG TAGESSTÄTTE

- Antrag genehmigt
 Antrag abgelehnt

Ort/Datum:

Unterschrift:

<i>Dok.- Nr. :</i>	<i>Version:</i>	<i>Titel:</i>	
6.6.100 FO	1.3	Antrag Aufnahme Tagesstätte	Seite 3 von 3