



Formblatt

Stand: Juli 2021

Aufnahmeantrag BW

FB94QM06

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geschlecht:** m / w

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____

Geburtsname: _____ **Familienstand:** _____ **Anzahl der Kinder:** _____

Konfession: _____ **Staatsangehörigkeit:** _____

Straße/Nr _____ **PLZ, Wohnort:** _____

☎ _____ **Fax / eMail:** _____

Krankenkasse: _____ **Sozialversicherungsnr.:** _____

Übergangsgeldbezug: ja nein **Lohnsteuer-ID-Nr.:** _____

Arbeitslosengeld II: ja nein **Erwerbsminderungsrente:** ja nein

Wohnheimunterbringung: ja nein **ambulant betreutes Wohnen:** ja nein

wenn ja: seit wann? _____ **Selbstzahler:** ja nein

Träger/Adresse der Wohneinrichtung:

Ansprechpartner / Funktion / Tel.-Nr.:

Bankverbindung: Kontoinhaber/in _____

Bank / Sparkasse: _____

IBAN: _____ **BIC:** _____

Bezugsperson: Elternteil Geschwister Ehepartner Sonstiges _____

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb. Dat.:** _____

Straße/Nr.: _____ **PLZ, Wohnort:** _____

☎ privat: _____ **☎ dienstl.:** _____ **☎ mobil:** _____

Fax / eMail: _____

Weitere Bezugsperson: Elternteil Geschwister Ehepartner Sonstiges _____

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb. Dat.:** _____

Straße/Nr.: _____ **PLZ, Wohnort:** _____

☎ privat: _____ **☎ dienstl.:** _____ **☎ mobil:** _____

Fax / eMail: _____



Formblatt

Stand: Juli 2021

Aufnahmeantrag BW

FB94QM06

Gesetzliche/r Betreuer/in:

Bitte eine Kopie der Betreuungsurkunde beifügen!

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

☎ privat: _____ ☎ dienstl.: _____ ☎ mobil: _____

Fax / eMail: _____

Es besteht keine gesetzliche Betreuung.

Betreuung ist beantragt.

Schwerbehindertenausweis:

vorhanden

nicht vorhanden

beantragt

Wenn vorhanden, bitte eine Kopie (Vorder- und Rückseite) beifügen!

Angaben zur Person:

Passbild:

Art der Behinderung: _____

Ursache: _____

Sonstige Erkrankungen und körperliche Einschränkungen: (z. B. Allergien, Diabetes, Anfallsleiden, Gehbehinderung, Seh-/Hörbehinderung u.a.):

Aufgrund der oben angegebenen Erkrankungen/Einschränkungen kann/können folgende Sportart/en nicht ausgeübt werden:

Keine gesundheitlichen Risiken hinsichtlich sportlicher Aktivitäten bekannt

Selbstversorgung im hygienischen Bereich: selbständig braucht Unterstützung bei:

Schulbesuch / Beruflicher Werdegang

Zuletzt besuchte Schule: Förderschule G / L / K Andere _____

Schulabschluss: ja, _____ nein

Abgeschlossene Berufsausbildung: ja, als _____ nein

Bereits in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung tätig gewesen:

ja, bei _____ nein



Formblatt

Stand: Juli 2021

Aufnahmeantrag BW

FB94QM06

Hausarzt:

Name: _____ ☎ _____

PLZ, Ort: _____ Straße: _____

Facharzt:

Fachrichtung: _____

Name: _____ ☎ _____

PLZ, Ort: _____ Straße: _____

Verkehrssicherheit:

- bewegt sich sicher überall im Straßenverkehr
- kann sich in bekanntem Umfeld allein bewegen
- braucht stets Begleitung

Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel:

- selbständige Nutzung überall möglich
- selbständig nur auf bekannten Strecken
- nur in Begleitung möglich

Folgende Unterlagen müssen unbedingt eingereicht werden:

- Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse ab Aufnahmetag (keine Familienversicherung!)
- Mitteilung über Medikation auf beiliegendem Formblatt (auch, wenn keine Medikamente benötigt werden!)
- ggf. Kopie des Rentenbescheides über Erwerbsminderungsrente oder Übergangsgeld
- ggf. Geburtsurkunde leiblicher Kinder der/des Betreuten
- ggf. Immunisierungsnachweis SARS-COV-2

Sollten sich Änderungen ergeben, teilen Sie uns dies bitte umgehend mit bzw. legen uns Kopien der entsprechenden Unterlagen vor.

Informationen für die Personalabteilung (wird vom Begleitenden Dienst der Werkstatt ausgefüllt)

Personal-Nr.: _____ Eintritt: _____

Eingangsverfahren: von _____ bis _____

BBB: von _____ bis _____

Kostenträger: Agentur für Arbeit DRV Kostenstelle:

Arbeitsbereich: ab _____ HBG: _____

Kostenträger: LAS sonstiger: _____

Einrichtung: BW I / BW II / BW III / BW IV / PW / LW

Gruppenleiter/in: _____ Sozialarbeiter/in: _____ Kostenstelle: _____