

## F-Anmeldeformular für Wohnplatz, Tagesplatz oder Gastplatz

Hinweis: Mit einem \* versehene Angaben werden der Dienststelle Soziales und Gesellschaft des Kantons Luzern (DISG) zur Angebotsplanung weitergeleitet.

### Personalien

Vorname, Name (\*) .....

Adresse (\*) .....

PLZ, Ort (\*) .....

Geburtsdatum (\*) .....

Geschlecht (\*)  weiblich  männlich  diverses



Sozialversicherungs-Nummer (\*) **756.** . . . . . (13-stellig)

Zivilstand .....

Konfession .....

Nationalität .....

Aufenthaltsstatus .....

Muttersprache .....

Heimatort .....

Zivilrechtlicher Wohnsitz.....

### Aktueller Aufenthaltsort

zu Hause

in einer Institution

Adresse .....

Name Inst. ....  
Adresse .....

PLZ, Ort .....

PLZ, Ort .....

#### Kontaktperson

#### Kontaktperson

Vorname, Name .....

Vorname, Name .....

Tel.-Nr. ....

Tel.-Nr. ....

E-Mail .....

E-Mail .....

## Finanzierung

### Renten (\*)

IV-Rente  ja  nein

IV-Rentenentscheid pendent  ja  nein

Rente AHV  ja  nein

Rente SUVA  ja  nein

andere Rente .....

Antrag gestellt .....

**Ergänzungsleistungen EL (\*)**  ja  nein

**Hilflosenentschädigung HE (\*)**  ja  nein  HE ist beantragt

Wenn HE *ja*, Angaben zum HE-Grad: (\*)

**leicht**  **mittel**  **schwer**

## Krankenkasse

Grundversicherung (GV): .....

Krankenkassen-Nr. GV: .....

Krankenkasse Karten-Nr. GV: .....

Zusatzversicherung (ZV): .....

Krankenkassen-Nr. ZV: .....

Krankenkasse Karten-Nr. ZV: .....

Tarifcode:  Allgemein  Halbprivat  Privat

## Physiotherapie Kinder bis 6 Jahre

Interne Physiotherapie gewünscht  ja  nein

IV-Verfügung  ja  nein

Krankenkassenverordnung  ja  nein

### Vertretung / Beistandschaft / elterl. Sorge

Wenn nicht handlungsfähig: Nachfolgend bitte Angaben zur Vertretung (gesetzliche Vertretung bzw. Beistandschaft oder bei Kindern elterliche Sorge) und zu den verschiedenen Themenbereichen eintragen.

Vertretung / Beistandschaft / elterliche Sorge	Stellvertretung
Vorname, Name .....	.....
Firma .....	.....
Strasse .....	.....
Adresszusatz .....	.....
PLZ Ort .....	.....
Tel. ....	.....
Mobile .....	.....
Mail .....	.....
Bezugsgrad .....	.....

#### Vertretung für folgende Themen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gesundheit                         | <input type="checkbox"/> Administration |
| <input type="checkbox"/> Wohnen                             | <input type="checkbox"/> Finanzen       |
| <input type="checkbox"/> Arbeit/Tagesstruktur/Beschäftigung | <input type="checkbox"/> Personensorge  |

Weitere Vertretung / Beistandschaft	Stellvertretung
Vorname, Name .....	.....
Firma .....	.....
Strasse .....	.....
Adresszusatz .....	.....
PLZ Ort .....	.....
Tel. ....	.....
Mobile .....	.....
Mail .....	.....
Bezugsgrad .....	.....

#### Vertretung für folgende Themen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gesundheit                         | <input type="checkbox"/> Administration |
| <input type="checkbox"/> Wohnen                             | <input type="checkbox"/> Finanzen       |
| <input type="checkbox"/> Arbeit/Tagesstruktur/Beschäftigung | <input type="checkbox"/> Personansorge  |

## Individueller Betreuungsbedarf IBB (Erwachsene)

- **IBB-Einstufung**       vorhanden       nicht vorhanden
  - Tagesstruktur ohne Lohn       0     1     2     3     4
  - Tagesstruktur mit Lohn       0     1     2     3     4
  - Wohnen       0     1     2     3     4
  
- **IBB-Raster**
  - GB / KB (geistig behindert / körperlich behindert)
  - PB / SB (psychisch behindert / suchtbehindert)

## Diagnose

.....

.....

.....

.....

### Primärbehinderung

- geistig     körperlich     psychisch     sinnes

## Covid -19

### Immunität durch Erkrankung

nein

ja, pos. SARS CoV-2 PCR Test vom: .....

### Immunität durch Impfung

nein, es ist auch keine Impfung vorgesehen

nein, aber eine Impfung ist geplant am: .....

Ja

1. Impfung:  
Datum/Impfstoff: .....

2. Impfung:  
Datum/Impfstoff: .....

3. Impfung:  
Datum/Impfstoff: .....

4. Impfung:  
Datum/Impfstoff: .....

### Einwilligung Covid-Schnelltest

Ja

nein

Hinweis: Dies stellt kein Kriterium zur Aufnahme dar.

## Fragen zur Begleitung und Betreuung

**Epilepsie**  ja  nein  Epilepsie ohne Anfälle

**Mobilität**

Rollstuhl  ja  nein  Elektr. Rollstuhl  Rollator

andere Hilfsmittel zur Mobilität  ja  nein welche: .....

**Kommunikation**

kann sprechen  ja  nein  teilweise

teilt sich mit  ja  nein  teilweise

Gesten / Mimik  ja  nein  teilweise

andere Kommunikationsformen (z.B. Unterstützte Kommunikation UK):

.....  
Elektr. Hilfsmittel vorhanden  ja  nein

Wenn ja, welche:

.....  
Andere Hilfsmittel vorhanden  ja  nein

Wenn ja, welche:

**Selbstständigkeit**

findet sich im Haus zurecht  ja  nein  teilweise

unterscheidet Personen  ja  nein  teilweise

geht selbstständig ausser Haus  ja  nein  teilweise

selbstständige Körperpflege, Toilette  ja  nein  teilweise

selbstständige Baden, Duschen  ja  nein  teilweise

selbstständiges Essen  ja  nein  teilweise

**Orientierung**

Sehen  ja  nein  teilweise

Hören  ja  nein  teilweise

**Verhalten**

Gefährdet sich  oft  selten  nie

Gefährdet andere  oft  selten  nie

**Besondere Bedürfnisse**

**in der Nacht**  ja  nein  teilweise

Wenn ja oder teilweise, welche Bedürfnisse: .....

## Mögliches Angebot und Standorte ankreuzen

**Gewünschter Eintritt:** .....

### Erwachsene

- Wohnplatz**    Rathausen    Luzern-Allmend    Buchrain    Hitzkirch    Reiden  
 Pfaffnau    Knutwil    Schüpfheim
- Tagesplatz**    Rathausen    Wolhusen    Knutwil
- Gastplatz**    Rathausen (definierte Wochenende)
- Tagesstätte Triva** Luzern-Littau (Ein Angebot der Stiftungen SSBL)

Hinweis: Der angekreuzte Standort wird geprüft, aber nicht garantiert.

### Kinder

(nicht Schulpflichtig) \* Heilpädagogisches Kinderhaus Weidmatt, Wolhusen

- Wohnen und Betreuung**    **Tagesplatz**    **Wochenend-Ferienplatz**

## Beilagen

- Kopie des aktuellsten Arztberichts mit der vollständigen Diagnose  
 ggf. Kopie Laborbestätigung  
 Kopie des Impfnachweises  
 Kopie/n der aktuellste/n Betreuungsbericht/e  
 Kopie Krankenversicherungskarte  
 Kopie des Anordnungsentscheides der KESB  
 Kopien Verfügung zur Hilflosenentschädigung (HE)  
 Kopie Ergänzungsleistung (EL)  
 Kopie Rente (IV)  
 Kopie Kostengutsprache für medizinische Massnahme (IV)  
 Kopie Physioverordnung  
 Kopie ID

Bei einer Absage wird das Anmeldeformular aus Datenschutz Gründen vernichtet, wir bitten Sie nur Kopien einzureichen.

## Angemeldet durch:

Vorname, Name.....

Funktion (wenn nicht Vertretung/Beistand) .....

Datum ..... Unterschrift .....

**Anmeldung mit Beilagen, datiert und unterzeichnet senden an:**

SSBL Stiftung für selbstbestimmtes und begleitetes Leben  
Leitung Angebotsberatung und Aufnahme  
Rathausen 2  
6032 Emmen