

Grüezi,

und danke für Ihr Interesse an einem Angebot des Ländli Züri! In diesem Dokument finden Sie alle notwendigen Anmeldepapiere.

Wir freuen uns, Sie als ersten Kontakt persönlich in unserem Haus zu begrüssen. Für einen Besichtigungstermin melden Sie sich bitte **vor einer schriftlichen Anmeldung** bei den entsprechenden Kontaktpersonen:

Wohnheim (Auskünfte, Hausbesichtigung)	Reto Wüthrich Telefon 044 269 69 25 reto.wuethrich@laendli.ch
Geschützte Arbeitsplätze oder Ausbildungen	Sr. Vreni Albrecht Telefon 044 269 69 23 vreni.albrecht@laendli.ch
Aussenwohngruppen (Auskünfte)	Robert Strack Telefon 044 269 69 20 robert.strack@laendli.ch

Die generellen **Aufnahmebedingungen** sind:

Wohnheim

- Alter zwischen 18 und 50 Jahren
- Persönliche Zustimmung und Motivation zu einem Aufenthalt im Wohnheim
- Tagesstruktur (mindestens halbtags): Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung (intern od. extern)
- Regelmässiger Kontakt zu einem Arzt oder Therapeuten
- IV-Rente (auch Teilrente oder laufende Anmeldung), Ausnahmen sind in Einzelfällen möglich
- Keine akute Abhängigkeit von Drogen und Alkohol
- Keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung
- Sicherstellung der Finanzierung (Kostengutsprache)

Werkstätte

- Interesse oder Eignung für die Arbeit in einem Gastronomiebetrieb
- Arbeitspensum mindestens 5 Std. täglich / pro Woche 25 Stunden (ausgenommen Atelier)
- Psychische und körperliche Voraussetzungen
- Bereitschaft zur Teamarbeit
- Externe therapeutische Begleitung
- Stabile Wohnsituation
- Keine akuten Suchtprobleme
- IV - Rente (oder Rentenantrag)
- Das Alter der Teilnehmer liegt in der Regel zwischen 18 und 45 Jahren

Aussenwohngruppe

- **Vorlauf:** 3 Monate Aufenthalt im betreuten Wohnen (Wohnheim)
- Alter zwischen 18 und 50 Jahren
- Persönliche Zustimmung und Motivation zu einem Aufenthalt im begleiteten Wohnen
- hohe Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen (z.B. Haushalt, Wäsche, Kochen)
- Bereitschaft, sich in eine Wohngemeinschaft einzufügen und in das Zusammenleben mit den anderen Mitbewohner zu investieren (Absprachen, Rücksicht etc.)
- eine geregelte Tagesstruktur (Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung, mindestens 50%)
- Keine akute Abhängigkeit von Drogen und Alkohol, keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung
- Sicherstellung der Finanzierung (bei amtlicher Bezugsperson: Kostengutsprache)

Bewerbung für geschützten Arbeitsplatz

Bewerbung für den Bereich:
(bitte ankreuzen)

- Küche
- Service / Buffet
- Hauswirtschaft / Lingerie
- Allround

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aktuelle Wohnadresse:

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Telefon:

Telefon Privat: _____

/ Handy: _____

Heimatort: _____

Zivilstand: _____

AHV/IV-Nummer: _____

Konfession: _____

Bankverbindung
(oder Postkonto)

Kontonummer: _____

Bankname: _____

Bankadresse: _____

Krankenkasse:

Firma, Sektion, Nr. _____

Unfallversicherung:

Ja Nein

Haftpflichtversicherung:

Ja Nein

Bei Ausländer:

Aufenthaltsbewilligung C

Aufenthaltsbewilligung B

Ich erhalte:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

eine IV-Rente

Ergänzungsleistungen zur IV

Leistungen des Sozialamtes

Ich habe:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

eine IV-Rente beantragt

Anspruch auf eine berufliche Massnahme der IV

Kontakte

Adressen von Privat- und Fachpersonen, mit denen ich in Kontakt stehe:

Angehörige Name, Vorname _____ (Rolle: _____)

 Adresse _____

 Telefon P: _____ / G: _____

Angehörige Name, Vorname _____ (Rolle: _____)

 Adresse _____

 Telefon P: _____ / G: _____

amtl. Bezugsperson Name, Vorname _____ (Rolle: _____)
 (Beistand, Vormund etc.) _____
 Adresse _____

 Telefon P: _____ / G: _____

Sozialarbeiter Name, Vorname _____

 Adresse _____

 Telefon G: _____ / Handy: _____

Hausarzt Name, Vorname _____

 Adresse _____

 Telefon G: _____ / Handy: _____

IV-Berufsberater Name, Vorname _____

 Adresse _____

 Telefon G: _____ / Handy: _____

Psychiater Name, Vorname _____

 Adresse _____

 Telefon G: _____ / Handy: _____

Therapeut Name, Vorname _____
 Psychologe, Seelsorger _____
 Adresse _____

 Telefon G: _____ / Handy: _____

Wohngruppenleiter Name, Vorname _____

 Adresse _____

 Telefon G: _____ / Handy: _____

Andere _____
 Fachpersonen _____
 (Funktion?) _____

Gesundheitliche Situation / Probleme

Aktuelle aktuellen Probleme:

Diese Probleme bestehen seit:

Ausbildung / Berufstätigkeit

Schulen, Berufsausbildung:

Vorherige Arbeitsorte

Berufstätigkeit

Zeitraum

.....	.....	von	.....	bis	.....
.....	.....	von	.....	bis	.....
.....	.....	von	.....	bis	.....

Die **drei** wichtigsten Dinge an einem Arbeitsplatz sind für mich:

An einem betreuten Arbeitsplatz möchte ich folgendes lernen:

Bemerkungen:

Datum: Unterschrift:

*Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterstehen dem Datenschutz.
Ausgefülltes Formular bitte retour an: Ländli Züri, Leitungsteam, Feldeggstr. 87, 8008 Zürich*

Erklärung

Ich habe mich um die Aufnahme an einen geschützten Arbeitsplatz vom

Ländli Züri
Feldeggstrasse 87
8008 Zürich

beworben. In diesem Zusammenhang erkläre ich mich einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der Arbeitsintegration bei folgenden Fachleuten Auskünfte über meine Situation einholen dürfen:

Das Ländli Züri legt im Begleitungsprozess der Arbeitsintegration Wert auf eine konstruktive Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen. In der Regel steht die Arbeitsanleitung im Kontakt mit externen Instanzen. In Einzelfällen beteiligen sich auch weitere MitarbeiterInnen des Ländli Züri (z.B. Sozialarbeiterin, Bereichs- oder Heimleitung).

Ich, entbinde hiermit die oben erwähnten Mitarbeiter(innen) des Ländli Züri von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass sie mit involvierten Ärzten, Therapeuten, BetreuerInnen im Wohnheim oder weiteren Fachpersonen (z.B. Beiständen) notwendige Informationen über mich austauschen dürfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Mitarbeiter(innen) des Ländli Züri sämtliche Angaben über mich vertraulich behandeln und dass sie mir jeweils im vor aus bekannt geben, welche Gespräche geführt werden.

Besondere Bemerkungen:

.....
.....

Zürich, (Datum)

Unterschrift:

.....

.....

Leitfaden für das Arztgespräch zur Bewerbung an einem geschützten Arbeitsplatz

Bitte retour an: Ländli Züri, Arbeitsintegration, Feldeggstrasse 87, 8008 Zürich

Das Arztgespräch muss nicht eingereicht werden, sofern dies bereits für den Wohnbereich (Ländli Züri) erfolgt ist!

Die nachfolgenden Fragen dienen der bestmöglichen Information für die autorisierten Mitarbeitenden des Ländli Züri. Sie beziehen sich auf bestimmte Lebensbereiche, besonders auf allfällige bisherige Behandlungen und deren Verläufe.

Die hier festgehaltenen Informationen werden vertraulich behandelt, unter keinen Umständen an Dritte weitergegeben und unterstehen der Geheimhaltungspflicht.

Diesem Arztgespräch und dem Beantworten der folgenden Fragen ist bereits eine Besichtigung des Ländli Züri vorausgegangen. Anlässlich dieser Besichtigung hat sich die grundsätzliche Möglichkeit zu einem Eintritt ins Ländli Züri ergeben.

Gesprächsbeteiligte

Frau/Herr:

Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt:

Dieses Formular wird standardgemäss von den an der Fachgruppe Dachnetz angeschlossenen Organisationen verwendet und ist von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich anerkannt.

Fragen an die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Name der Patientin/des Patienten:

1. Kurze Anamnese

2. Hospitalisationen

einmalig

mehrmalig

3. Psychiatrische Erkrankung (einschliesslich vergangene Suizidversuche)

4. Aktuelle Abhängigkeitsproblematik

Alkohol

Heroin

Kokain

Medikamente

Anderes

5. Somatische Erkrankungen

(z.B. Allergien, Epilepsie, Diabetes, organische Erkrankungen, Infektionserkrankungen, etc.)

6. An welchen Verhaltensweisen/Symptomen kann eine Krise frühzeitig erkannt werden?

7. Welche vorbeugenden Massnahmen zur Vermeidung einer Krise haben sich bewährt?

8. Waren zu einem früheren Zeitpunkt Einweisungen mittels FFE nötig?

ja

nein

9. Gewaltbereitschaft

sind Ereignisse bekannt

ja

nein

wenn ja,

Sachbeschädigung

Personenbeschädigung

10. Wer übernimmt nach dem Klinikaufenthalt die ambulante Versorgung?

Im psychiatrischen Bereich

.....

Im medizinischen Bereich

.....

Im sozialen Bereich

.....

11. Aktuelle Medikamentenversorgung und Drogensubstitutionen

12. Braucht die Patientin/der Patient Unterstützung bei der Einnahme ihrer/seiner Medikamente?

ja

nein

13. Bemerkungen/Ergänzungen

Dieses Formular ist mit mir ausgefüllt und besprochen worden. Ich bin damit einverstanden, dass es an die verantwortlichen Fachpersonen des Ländli Züri weitergeleitet wird. Ich weiss auch, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____