

Formular Anmeldung HZ ARBES

Personalien	☐ intern (Wohnheim / Aussenwohngruppe) ☐ extern		
Anrede	☐ Herr ☐ Frau		
Name			
Vorname			
Adresse			
Gesetzlicher Wohnort (PLZ Ort)			
Telefon	Festnetz	Handy	E-Mail
Geburtsdatum			
Heimatort / Heimatkanton			
Heimatstaat			
Aufenthaltsbewilligung			
Bewilligung gültig bis			
Steuerdomizil			
Zivilstand	Bitte auswählen		
Sozialversicherungs-Nr. (AHV)			

Angaben zur Stelle	
Stellenantritt	
Fallnummer*	
Bereich	Bitte auswählen
Bezugsperson ARBES	
Bezugsperson Wohnheim	

Beschäftigungsumfang (min. 2 Stunden pro Halbtage)		
	Vormittag	Nachmittag
Montag	Std	Std
Dienstag	Std	Std
Mittwoch	Std	Std
Donnerstag	Std	Std
Freitag	Std	Std
Anstellung in %*		

IV-Rente	
Grad	☐ Anmeldung ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 3/4 ☐ 1/1

Hilflosenentschädigung	
Grad	Bitte auswählen

Beistandschaft		
	☐ umfassende Beistandschaft	☐ Mitwirkungsbeistandschaft
	☐ Vertretungsbeistandschaft	☐ Begleitbeistandschaft
Name / Vorname		
Adresse		
PLZ Ort		E-Mail
Telefon	Festnetz	Handy

Angehörige	
	☐ Ehegatte ☐ Eltern ☐ Geschwister ☐ Andere:
Name / Vorname	
Adresse	
PLZ / Ort	
Telefon	

☐ Psychiater ☐ Hausarzt	
Name / Vorname	
Adresse	
PLZ / Ort	
Telefon	

Lohn ☐ Bankkonto ☐ Postkonto	
Kontoinhaber	
Bank / Filiale	
IBAN-Nr.	
Lohndokumente	☐ Klient ☐ Beistand ☐ Beide

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben	
Datum	
Name / Unterschrift	Angestellter:
	Gesetzlicher Vertreter:

Checkliste der zwingend beizulegenden Dokumente	
☐	Kopie der IV-Verfügung oder Bestätigung der IV-Anmeldung
☐	Kopie der Verfügung über den Hilflosengrad (falls vorhanden)
☐	Kopie ID oder Pass (für alle Anmeldungen)
☐	Kopie der Aufenthaltsbewilligung (für alle ausländischen Angestellten)
☐	Kopie Entbindungserklärung Schweigepflicht
☐	Kopie Ernennungsurkunde Beistand (falls besteht)

*wird durch das ARBES Sekretariat ausgefüllt

Dieses Dokument bitte mit den notwendigen Beilagen an das Sekretariat ARBES zustellen.

Nur für externe Eintritte/Klienten

Entbindung Schweigepflicht

Das Datenschutzgesetz schreibt einen sorgfältigen Umgang mit Personendaten vor. Leistungserbringer dürfen daher nur mit Zustimmung der versicherten Person, bzw. deren gesetzlichen Vertretung mündliche oder schriftliche Auskünfte von involvierten Dritten für eine auftragsbezogene Betreuung und administrative Bearbeitung der Klientendossiers einholen.

Der/Die Unterzeichnende entbindet Mitarbeiter der Psychiatrische Dienste Graubünden, die in direktem Zusammenhang der auftragsbezogenen Betreuung stehen, von ihrer/seiner beruflichen Verschwiegenheitspflicht (StGB Art. 320, Art. 321) und ermächtigt sie/ihn mündliche oder schriftliche Auskünfte einzuholen oder abzugeben gegenüber:

Ärzten / Psychotherapeuten
Spitäler, Kliniken, Wohnheim,
Wohngruppen in der Schweiz

Austausch zur kompetenten, ziel- und klientenorientierten Betreuung

Ämter, Behörden
und Versicherungen

Für die notwendigen Administration im Zusammenhang mit dem
Betreuungsauftrag

Polizei/Rettungsdienste

Der allgemeinen gültigen Auskunftspflicht
Notfälle

Sonstige/Familienangehörige
(namentlich zu erwähnen)

Diese Entbindungserklärung erlischt automatisch ein Monat nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

Name / Vorname

Geburtsdatum

Ort/Datum

eigenhändige Unterschrift

Unterschrift vertretungsberechtigte Person