

Anmeldeformular für den Entlastungsdienst

Bitte in Druckbuchstaben oder elektronisch ausfüllen.

Auftraggeber / in

[Angehörige/Beistände/Spitex etc.]:

Name / Vorname:

Strasse / Nr:

Postleitzahl / Ort:

Telefon / Natel:

E-mail:

Klientin / Klient

Name / Vorname:

Adresse [sofern nicht wie oben]:

.....

Geburtsdatum: AHV-Nr:

Gewünschter Einsatz

Wochentag *(max. 12 Std/Woche möglich, Änderungen vorbehalten)*

.....

.....

.....

Art der entlastenden Betreuung [gewünschte Aktivitäten]

.....

.....

.....

Gewünschter Einsatzbeginn

.....

Wie sind Sie auf die Alzheimer Zürich aufmerksam geworden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ALZ Zürich Beratungstelefon | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Zeitung | <input type="checkbox"/> Gemeinde/Stadt Zürich |
| <input type="checkbox"/> Spitex/Hausarzt | <input type="checkbox"/> Andere |

.....
.....

Ich nehme zur Kenntnis, dass für die Suche, Vermittlung und Anstellung der Betreuungspersonen keine Gebühr erhoben wird, sofern anschliessend eine Entlastungsvereinbarung zu Stande kommt. Wird eine Anmeldung jedoch zurückgezogen, ohne dass es zu einer Entlastungsvereinbarung gekommen ist, verrechnen wir eine Gebühr von 2 Erstbesuchen zuzüglich 2 Wegpauschalen für unsere Umtriebe.

Der Entlastungsauftrag wird im gemeinsamen Gespräch mit unserer Kundenbetreuung und der Betreuungsperson ausgearbeitet.

Datum/Unterschrift

Ihre Anmeldung wird vertraulich behandelt.