



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de la prévoyance sociale SPS
Sozialvorsorgeamt SVA

Route des Cliniques 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 29 68
www.fr.ch/sps

Kenndatenblatt

* obligatorische Felder

| Personendaten | |
|--------------------------------|---|
| *Sozialversicherungsnummer | 000.0000.0000.00 |
| *Name | Text |
| *Vorname | Text |
| *Aktuelle Adresse | Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort |
| *Telefon | 000/000 00 00 |
| *Zivilrechtlicher Wohnsitz | Ort, Kanton |
| Aufenthaltsbewilligung | Aufenthaltsbewilligung B, C, L oder G, Asylsuchende/r |
| *Gesuch «Wohnen» | Heim mit Beschäftigung, Heim ohne Beschäftigung, Aussenwohngruppe, Begleitung zu Hause, keine Leistung Wohnen |
| *Gesuch «Arbeit/Beschäftigung» | Beschäftigungswerkstätte, Produktionswerkstätte, Tagesstätte, Begleitung im Unternehmen/Job Coaching, keine Leistung Arbeit/Beschäftigung |
| *Geburtsdatum | 00.00.0000 |
| *Geschlecht | weiblich, männlich, andere |
| *Referenzsprache | Französisch, Deutsch, andere |

| Finanzielle Situation | |
|-----------------------|----------|
| *IV-Rente | nein, ja |
| weitere Leistungen | Text |

| Aktuell im Einsatz stehende Personen des Umfeldes | |
|---|---|
| *aktuelle gesetzliche Vertretung | ja, nein Name, Vorname, Adresse, Telefon, E-Mail |
| *Beistandschaft | <input type="checkbox"/> umfassende Beistandschaft <input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft <input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft für die Vermögensverwaltung <input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft <input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft (Zutreffendes ankreuzen) |
| *Vormundschaft/Beistandschaft (nach altem Recht) | <input type="checkbox"/> Vormundschaft <input type="checkbox"/> Beistandschaft (Vertretung) <input type="checkbox"/> Beistandschaft (Vermögensverwaltung) <input type="checkbox"/> Beiratschaft (Beschränkung der Handlungsfähigkeit) (Zutreffendes ankreuzen) |
| allgemeine Bemerkungen | Text |

| Aktueller Gesundheitszustand | |
|---|---|
| *Behinderung | <input type="checkbox"/> geistige Behinderung <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung <input type="checkbox"/> psychische Behinderung <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung <input type="checkbox"/> Suchtverhalten (Bitte Hauptbehinderung unterstreichen) |
| *Besonderheiten | Text: Die für eine bessere Identifizierung der Schwierigkeiten der Person massgebenden Elemente aufführen (z. B. Trisomie 21, Autismus, Mehrfachbehinderung, Schizophrenie, Gehörlosigkeit, Blindheit usw.) |
| *Hilfsmittel/ Besondere medizinische Behandlung | Text: die gesundheitlichen Bedürfnisse aufführen, die eine spezifische Betreuung erfordern (z. B. Magensonde, Atemhilfe, Bettlägerigkeit, Substitutionsmedikation bei Suchtproblematik, Rollstuhl, Rollator, Stock, Hörhilfe usw.) |
| allgemeine Bemerkungen | Text |

| Lebensweg | |
|---|---|
| ambulante oder stationäre Leistungen in der Vergangenheit | Text: Dauer, Leistungsart, Name der Leistungserbringenden, Ort, Grund für Ein-/Austritt |
| gegenwärtige ambulante oder stationäre Leistungen | Text |
| allgemeine Bemerkungen | Text |