|  |  |
| --- | --- |
| Rathausgasse 1  3011 Bern  Telefon +41 31 633 42 83  Telefax +41 31 633 40 19  www.gef.be.ch  info.alba@gef.be.ch | Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern  Alters- und Behindertenamt  Abteilung Berner Modell  Rathausgasse 1  3011 Bern |

Anmeldung für eine VIBEL2-Abklärung im Kanton Bern

Diese Anmeldung gilt als Antrag für eine Abklärung des behinderungsbedingten Unterstützungsbedarfs mit dem erweiterten Abklärungsinstrument VIBEL2. Nach Eingang Ihrer Anmeldung und deren Prüfung werden Sie so bald wie möglich kontaktiert.

# Personalien (der abzuklärenden Person)

Name Vorname

|  |  |
| --- | --- |

weiblich  männlich

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) Sozialversicherungsnummer

|  |  |
| --- | --- |

Zivilrechtlicher Wohnsitz  
(Adresse, unter welcher Sie auf der Wohngemeinde angemeldet sind)

Strasse, Hausnummer Postleitzahl, Ort

|  |  |
| --- | --- |

Zivilrechtlicher Wohnsitz im Kanton Bern:

ja, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Geburt oder Datum)

nein

# Kontaktdaten (der abzuklärenden Person)

## Korrespondenzadresse (falls abweichend vom zivilrechtlichen Wohnsitz)

|  |
| --- |

Telefonnummer E-Mail (\* Pflichtfeld)

|  |  |
| --- | --- |

Korrespondenzsprache

deutsch  französisch Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Aktueller Wohnsitz

| Privatwohnend in eigener Wohnung  Privater Haushalt (Name des Privaten Haushalts): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Institution (Name der Institution): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- |

Arbeitssituation

| Werkstätte (Name der Werkstätte): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tagesstätte (Name der Tagesstätte): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_  Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- |

# Zugehörigkeit zur Zielgruppe (IV-Status)

Erhalten Sie (abzuklärende Person) eine Rente der Invalidenversicherung?

ja  nein

Erhalten Sie (abzuklärende Person) eine Hilflosenentschädigung?  
(der Invaliden-, Unfall- oder Militärversicherung)

ja  nein

# Kontaktdaten Arzt

Bitte geben Sie bei mehreren behandelnden Ärzten denjenigen an, welcher Ihre behinderungsspezifischen Bedürfnisse am besten kennt.

Kontaktdaten des behandelnden Arztes:

Klinik / Praxisname Anrede und Titel

|  |  |
| --- | --- |

Name Vorname

|  |  |
| --- | --- |

Strasse, Hausnummer Postleitzahl, Ort

|  |  |
| --- | --- |

Telefonnummer E-Mail

|  |  |
| --- | --- |

# Gesetzliche Vertretung

Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft bei.

Besteht eine Beistandschaft?

ja  nein

Name, Adresse und Kontaktdaten der gesetzlichen Vertretung (falls eine solche besteht):

Name Vorname

|  |  |
| --- | --- |

Strasse, Hausnummer Postleitzahl, Ort

|  |  |
| --- | --- |

Telefonnummer E-Mail

|  |  |
| --- | --- |

# Ermächtigung zur Weitergabe der Personendaten

Wenn Sie eine VIBEL2-Abklärung im Kanton Bern beantragen und dieses Formular unter-zeichnen, ermächtigen Sie das Alters- und Behindertenamt (ALBA), Ihre Personendaten der unabhängigen Abklärungsstelle IndiBe zur Verfügung zu stellen.

# Unterschrift und Beilagen

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass sämtliche Angaben in diesem Formular und in den dazugehörigen Beilagen wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Ort, Datum Ort, Datum

|  |  |
| --- | --- |

Unterschrift (der abzuklärenden Person) Unterschrift gesetzliche Vertretung (falls vorhanden)

|  |  |
| --- | --- |

Bitte prüfen Sie alle Angaben auf Richtigkeit und Vollständigkeit und schicken Sie diese Anmeldung zusammen mit den notwendigen Beilagen an die Adresse gemäss Adresskopf.

**Beilagen:** (bitte ankreuzen)

Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft