

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
Pilotprojekt «Berner Modell»
Rathausgasse 1
3011 Bern

Bewerbung für die Teilnahme am Pilotprojekt „Berner Modell“

Als privatwohnende Person interessieren Sie sich für die Teilnahme am Pilotprojekt „Berner Modell – Freie Lebensgestaltung für Menschen mit Behinderungen“. Wir danken Ihnen für Ihr Interesse und nehmen Ihre Anmeldung gerne entgegen. Dazu bitten wir Sie, dieses Formular an oben stehende Adresse einzureichen. Da es mehr interessierte Personen als freie Plätze im Pilotprojekt hat, stellt diese Bewerbung keine Garantie zur Teilnahme am Pilotprojekt dar. Wir werden Ihre Anmeldung auf einer Warteliste aufnehmen und Sie zur gegebenen Zeit über eine definitive Teilnahme informieren.



Teilnahmebedingungen:

Menschen mit einer Behinderung, die privat wohnen, können unter Einhaltung folgender Bedingungen teilnehmen:

- Erwachsene Personen mit einer IV-Rente und/oder HE
- Ab einem Unterstützungsbedarf von mindestens
 - o 30 Minuten pro Tag im Wohnen
 - o 3 Minuten pro Stunde bei der Arbeit
- Seit mindestens 5 Jahren im Kanton Bern wohnhaft
- Sie nutzen kein institutionelles Angebot und arbeiten nicht in einer Institution (Ausnahme Pilotinstitution)

1. Personalien

Name

Vorname

--	--

weiblich

männlich

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Sozialversicherungsnummer

--	--

2. Kontaktdaten (der abzuklärenden Person)

Korrespondenzadresse (falls abweichend vom zivilrechtlichen Wohnsitz)

Telefonnummer

E-Mail

--	--

Korrespondenzsprache

- deutsch französisch

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

Aktueller Wohnsitz

- Privatwohnend in eigener Wohnung
- Privater Haushalt (Name des Privaten Haushalts): _____

3. Zugehörigkeit zur Zielgruppe (IV-Status)

Erhalten Sie (am Pilotprojekt teilnehmende Person) eine Rente der Invalidenversicherung?

- ja nein

Erhalten Sie (am Pilotprojekt teilnehmende Person) eine Hilflosenentschädigung?
(der Invaliden-, Unfall- oder Militärversicherung)

ja nein

Art der Behinderung¹: _____

Grad der Behinderung (Selbsteinschätzung): leicht mittel schwer

4. Motivation Teilnahme VIBEL

Schildern Sie hier kurz, wieso Sie gerne am Pilotprojekt teilnehmen möchten

5. Unterschrift

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

Ort, Datum

Ort, Datum

--	--

Unterschrift (der abzuklärenden Person)

Unterschrift gesetzliche Vertretung (falls vorhanden)

--	--

¹ Damit wir eine möglichst heterogene Zusammensetzung der Teilnehmenden am Pilotprojekt haben, bitten wir Sie, die Art der Beeinträchtigung (körperliche, kognitive, psychische oder Sinnes-Behinderung) anzugeben.