



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 | |
|-----------------------------------|---|
| Grund der Anfrage | Text |
| *Sozialversicherungsnummer | 000.0000.0000.00 |
| *Name | Text |
| *Vorname | Text |
| *Aktuelle Adresse | Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort |
| *Telefon | 026/400 00 00 |
| *Zivilrechtlicher Wohnsitz | Ort, Kanton |
| Nationalität / Heimatort | Text, Ort, Kanton |
| Aufenthaltsbewilligung | Aufenthaltsbewilligung B, C, L oder G, Asylsuchende/r |
| *Gesuch «Wohnen» | Wohnheim mit Beschäftigung, Wohnheim ohne Beschäftigung, betreutes Wohnen, poststationäre Betreuung, Begleitung zu Hause, keine Beherbergungsleistungen |
| *Gesuch «Arbeit/Beschäftigung» | Beschäftigungsatelier, Produktionswerkstatt, Tagesstätte, betriebliche Betreuung, keine Arbeits-/Beschäftigungsleistungen |
| *Geburtsdatum | 00.00.0000 |
| *Geschlecht | weiblich, männlich |
| *Referenzsprache | Französisch, Deutsch, andere |
| Familiäre Situation | ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet, Partnerschaft |
| | Mit/ohne unterhaltspflichtige Kinder |
| Religion, Konfession (fakultativ) | Text |
| Aktueller Aufenthaltsort | Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort oder Name der Einrichtung |

| Aktuell im Einsatz stehende Personen des Umfeldes | |
|---|---|
| *Aktuelle gesetzliche Vertretung | ja, nein Name, Vorname, Adresse, Telefon, E-Mail |
| *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) |
| *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) |
| Bezugsperson(en) | Name, Vorname, Adresse, Telefon, E-Mail |
| | Name, Vorname, Adresse, Telefon, E-Mail |

| 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 | Text: Rollstuhl, Rollator, Stock, Hörhilfe usw. |
| *Besondere medizinische Behandlung | Text: die gesundheitlichen Bedürfnisse aufführen, die eine spezifische Betreuung erfordern (z. B. Magensonde, Atemhilfe, Bettlägerigkeit, Substitutionsmedikation bei Suchtproblematik usw.) |
| Allgemeine Bemerkungen | Text |

| Finanzielle Situation | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| *IV-Rente | nein, ja |
| Weitere Massnahmen der IV | Text |
| Hilflosigkeit | schwer, mittel, leicht, keine |
| Erwerbsausfall (Leistungen) | Text |
| weitere Leistungen | Text |

| Lebensweg | |
|---|---|
| letzte abgeschlossene Ausbildung | Art und Stufe der Ausbildung |
| Berufspraxis | Daten, Funktionen, Arbeitgeber |
| gegenwärtige Leistungen beruflicher Art | Text |
| absolvierte Praktiken | Daten, Grund, Arbeitgeber |
| Stationäre Leistungen | Daten, Art der Leistung, Name des Leistungserbringenden, Ort, Eintrittsgrund, Austrittsgrund |
| gegenwärtige stationäre Leistungen | Text |
| ambulante Leistungen | Datum, Art der Leistung, Name des Leistungserbringenden, Grund für die Aufhebung |
| gegenwärtige ambulante Leistungen | Text |
| Freizeitbeschäftigungen | Text: die von der betreffenden Person zum Zeitpunkt der Bedarfsabklärung ausgeübten Freizeitbeschäftigungen |
| Verschiedenes | Text |