**Anmeldung Betreuungsleistung/Hilfsmittel**

Wir möchten Ihre Anmeldung für eine Bedarfsabklärung zu Betreuungsleistungen oder Hilfsmitteln möglichst rasch bearbeiten. Voraussetzung dafür ist, dass das Formular vollständig und korrekt ausgefüllt ist.

Bei Fragen zu diesem Formular helfen wir Ihnen gerne weiter, telefonisch unter Nr. 044 944 73 51 oder persönlich am Schalter Soziales im Stadthaus Uster.

1. **Leistungsbezügerin, Leistungsbezüger**

AHV-Nummer (756.xxx.xxx.xx)

Name

(Verheiratete oder Verwitwete: auch Frauenname)

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

E-Mailadresse (falls vorhanden)

Telefonnummer / Mobilenummer

1. **Beantragte Leistungen**

**2.1 Betreuungsleistungen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Unterstützung in der Haushaltsführung | [ ]  | Hilfe und Betreuung in Tages- oder Nachtheim |
| [ ]  | Begleitung und Beratung soziale Kontakte | [ ]  | Transporte zu Mittagstischen und Tages- oder Nachtheim |
| [ ]  | Mittagstische und Mahlzeitendienste | [ ]  | Entlastungsdienste bei Betreuung durch Angehörige |

**2.2 Hilfsmittel**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Anti-Dekubitusmatratze | [ ]  | Lichtsignalsystem (Umwandlung akustische in optische Signale) |
| [ ]  | Aufzugsständer | [ ]  | Nachtstuhl |
| [ ]  | Auszieharmatur Küche | [ ]  | Notrufsystem |
| [ ]  | Bewegungsmelder (mit Leuchte verbunden) | [ ]  | Rollator |
| [ ]  | Doppelzylinder an Haus-/Wohnungstüre | [ ]  | Seitenwendegerät |
| [ ]  | Fahrbarer Krankentisch | [ ]  | Schlüsselsafe im Briefkasten |
| [ ]  | Gehbock | [ ]  | Schwellenkeil |
| [ ]  | Gehstock | [ ]  | Starbrille oder Kontaktlinsen nach Staroperation |
| [ ]  | Haltegriffe, insbes. im Badezimmer/Duschraum | [ ]  | weitere altersspezifische Alltagshilfen |
| [ ]  | Infusionsständer | [ ]  | Zusätze zu Sanitäreinrichtungen (wie Duschsitz, WC-Sitzerhöhung, Badebrett) |
| [ ]  | Leselupe |  |

1. **Wie geht es weiter?**

Sie reichen den vollständig ausgefüllten Antrag ein: Entweder per Mail auf betreuungsleistungen@uster.ch, per Post an Stadt Uster, Sozialversicherung, Bahnhofstrasse 17, 8610 Uster – oder Sie geben ihn im Stadthaus Uster am Schalter Soziales ab.

Wir setzen uns mit Ihnen in Verbindung, sobald diese Anmeldung fertig bearbeitet ist.

Möchten Sie, dass lieber eine Vertrauensperson oder Vertretung kontaktiert wird, anstatt Sie direkt? Dann benötigen wir die Kontaktdaten dieser Person:

Vorname, Name Kontaktperson

Telefon oder E-Mail Kontaktperson

**Einverständnis Informationsaustausch**

Damit Ihre Anmeldung bearbeitet werden kann, ist es notwendig, dass die Sozialversicherung der Stadt Uster der Fachstelle Alter der Stadt Uster persönliche Daten übermittelt. Es werden nur Daten weitergegeben, die für die Bearbeitung Ihres Antrags notwendig sind.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit dieser Datenweitergabe einverstanden sind.

Ort und Datum Unterschrift Antragstellerin/ Antragsteller

**durch die LG Sozialversicherung auszufüllen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anspruch auf EL: | [ ]  ja | [ ]  nein |

Im laufenden Jahr bereits vergütete Krankheits- und Behinderungskosten: Fr. für das Jahr 20 .

bearbeitet durch: