			Dieser Teil wird vom SRK ausgefüllt:				
			Klienten-Nr.				
D	-1		Erfasst von				
Personenang	Japen:		Tarif				
Bereits Klient b	eim SRK Baselland	:	Debitor				
□ Ja □ Nein			Eintritt		Austritt		
	Person / Institution						
Anrede	Weiteres	☐ Frau ☐ F	Herr □ Div	vers 🗌 🗆 Institu	ution Angehörige		
Name Vornam	ne						
Institution							
Strasse und N							
PLZ / Wohnor							
Telefon / Mobi	il						
E-Mail							
Beziehungsgr							
zum Klienten	zur Klientin						
Angaben zun	n Einsatz:						
J							
Gewünschte	es Datum						
	Von		Bis				
Datum							
Gowiinschte	e Uhrzeit (mind. 3	h / Finsatz)					
Ocwariscrit	Vormittag	m / Emsatz)	Nach	mittag			
	Von	Bis	Von	iiiitag	Bis		
Montag	VOIT	ыз	VOII		DIS		
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
Einsätze erfolg	en in der Regel mor	ntags bis freitag	gs zwischer	n 07:00 bis 21:0	00 Uhr.		
Rechnung:							
Tarif und Ad	resse						
Rechnung an		☐ Klient / Kli	entin 🗌 aı	ndere Rechnur	ıgsadresse		
Name Vornam							
Strasse und N	ir.						
PLZ / Wohnor	t						
Telefon / Mob	il						
E-Mail							

Die Tarife richten sich nach dem Bruttoeinkommen der ganzen Familie. Bei Unkostenübernahme durch externe Institutionen. Bitte Bestätigung beilegen.

Monatlicher Bruttolohn



Bereits Klient beim SRK Baselland: Ja Nein Angaben Klient / Klientin (zu entlastende Person z.B. Mutter) Anrede Prau Herr Divers Name Vorname Geburtsdatum Strasse und Nr. PLZ / Wohnort Telefon / Mobil E-Mail Nationalität / Sprache Wohnsituation (Haus / Wohnung & Stockwerk) Parkmöglichkeiten Bezugspersonen 1 Anrede Strasse und Nr. PLZ / Wohnort PLZ / Wohnort
Angaben Klient / Klientin (zu entlastende Person z.B. Mutter) Anrede
Anrede
Name Vorname Geburtsdatum Strasse und Nr. PLZ / Wohnort Telefon / Mobil E-Mail Nationalität / Sprache Wohnsituation (Haus / Wohnung & Stockwerk) Parkmöglichkeiten Bezugspersonen 1 Anrede
Geburtsdatum Strasse und Nr. PLZ / Wohnort Telefon / Mobil E-Mail Nationalität / Sprache Wohnsituation (Haus / Wohnung & Stockwerk) Parkmöglichkeiten Bezugspersonen 1 Anrede
Strasse und Nr. PLZ / Wohnort Telefon / Mobil E-Mail Nationalität / Sprache Wohnsituation (Haus / Wohnung & Stockwerk) Parkmöglichkeiten Bezugspersonen 1 Anrede
PLZ / Wohnort Telefon / Mobil E-Mail Nationalität / Sprache Wohnsituation (Haus / Wohnung & Stockwerk) Parkmöglichkeiten Bezugspersonen 1 Anrede
Telefon / Mobil E-Mail Nationalität / Sprache Wohnsituation (Haus / Wohnung & Stockwerk) Parkmöglichkeiten Bezugspersonen 1 Anrede
E-Mail Nationalität / Sprache Wohnsituation (Haus / Wohnung & Stockwerk) Parkmöglichkeiten Bezugspersonen 1 Anrede
Nationalität / Sprache Wohnsituation (Haus / Wohnung & Stockwerk) Parkmöglichkeiten Bezugspersonen 1 Anrede
Wohnsituation (Haus / Wohnung & Stockwerk) Parkmöglichkeiten Bezugspersonen 1 Anrede
(Haus / Wohnung & Stockwerk) Parkmöglichkeiten Bezugspersonen 1 Anrede
Bezugspersonen 1 Anrede
Bezugspersonen 1 Anrede
Anrede
Anrede
Name Vorname Strasse und Nr.
Strasse und Nr.
PLZ / WONNOR
Telefon / Mobil
E-Mail
Beziehungsstatus (Partner/in, Eltern, Grosseltern)
(Farthernii, Eiterii, Grosseiterii)
Bezugspersonen 2
Anrede ☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers
Name Vorname
Strasse und Nr.
PLZ / Wohnort
Telefon / Mobil
E-Mail
Beziehungsstatus
(Partner/in, Eltern, Grosseltern)



Angaben zur Situation:

Wichtige Diagnosen Eltern	
Diabetes, Epilepsie, psychische Einschränkungen, o.ä	
Problematik	
Warum brauchen Sie Unterstützung?	
Wohnliche und familiäre Situation	
Was ist zu tun?	
Was wird gewünscht?	





Kinder / Geschwister (alle Kinder im Haushalt)									
Name	Geburtstag	Bemerkung							
		(Krankheiten, Allergien, relevante Diagnosen, Auffälligkeiten)							
Wichtige Infos									
Ernährungsgewohnheiten, weitere Bemerkungen									
	Haustiere								
Bei Hunden bitte Rasse angeben									
	eine gerichtlic	he Anordnung/Besuchsverbot)							
Name		Beziehungsgrad							
Annahan Äntan									
Angaben zu Ärzten:									
Kinderarzt / ärztin									
Anrede	☐ Frau	☐ Herr ☐ Divers							
Name Vorname									
Strasse und Nr.									
PLZ / Wohnort									
Telefon									
E-Mail									
Bemerkung									
Domontang									



Hausarzt/ärztin Klient / Klientin							
Anrede	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers						
Name Vorname							
Strasse und Nr.							
PLZ / Wohnort							
Telefon							
E-Mail							
Bemerkung							
Dienststelle 1	pitex, Hebamme, MüVä, Psychiater/in) :						
Anrede	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers						
Name Vorname							
Strasse und Nr.							
PLZ / Wohnort							
Telefon							
E-Mail							
Bemerkung							
Dienststelle 2							
Anrede	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers						
Name Vorname							
Strasse und Nr.							
PLZ / Wohnort							
Telefon							
E-Mail							
Bemerkung							



Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?							
☐ Anzeige	☐ Empfehlung	☐ Social Media Plattform					
☐ Zeitung	☐ eigene Recherche	☐ Facebook					
☐ Flyer	☐ Website	☐ Instagram					
Bemerkung:							

Zur Kenntnisnahme:

- Mit dieser Anmeldung bestätigen Sie die «Allgemeinen Vertragsbedingungen» zur Kenntnis genommen zu haben.
- Die Anmeldung wird zu den üblichen Bürozeiten: Montag bis Freitag von 08:00-11:30 Uhr / 13.30-16:30 Uhr bearbeitet.
- Mit der Anmeldung entsteht kein rechtlich einklagbarer Anspruch auf eine Betreuungseinsatz.
- Sie stimmen unserer Geheimhaltungspflicht und Datenschutz-Vereinbarung in der «Allgemeinen Vertragsbedingungen» zu.

Oı	rtι	und	d Da	ıtum	1	 	 	 	 	
\smile		41 I U				 	 	 	 	

Formular bitte in digitaler Form per E-Mail an

familienentlastung@srk-baselland.ch senden.