

Antrag auf Errichtung einer Beistandschaft

Bitte prüfen Sie die Errichtung einer Beistandschaft für

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Hat die bezeichnete Person einen Vorsorgeauftrag errichtet? Wenn ja: Wo ist dieser hinterlegt?

Hat die bezeichnete Person sonstige Vollmachten erteilt (wenn möglich beilegen)? Wenn ja, wem?

Grund für die Antragstellung

(welche Aufgaben müsste der Beistand bzw. die Beiständin erfüllen?)

Wohnen

Begleitung

Vertretung (mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit)

Mitwirkung

Bemerkungen: _____

Wohnsituation: _____

Gesundheit

Begleitung

Vertretung

Bemerkungen _____

Behandelnde/r Arzt/Ärztin _____
(Adresse, PLZ/Ort)

Krankenkasse _____

Bildung / Erwerbstätigkeit / Tagesstruktur

- Begleitung
- Vertretung (mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit)
- Mitwirkung

Bemerkungen _____

Arbeitgeber _____

Soziales Umfeld / Vernetzung / Beziehungsgestaltung

- Begleitung
- Vertretung

Bemerkungen _____

Angehörige _____
(Adresse, PLZ/Ort, Telefonnr.)

Soziales Umfeld _____

Bisherige freiwillige
Begleitung/Unterstützung _____

**Administrative Angelegenheiten
(Behörden, Ämter, (Sozial-)Versicherungen, Institutionen und Privatpersonen)**

- Begleitung
- Vertretung (mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit)
- Mitwirkung

Bemerkungen _____

Einkommens- und Vermögensverwaltung inkl. (Sozial-)Versicherungsleistungen

- nur Einkommen nur Vermögen Einkommen und Vermögen

- Begleitung
- Vertretung (mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit)
- Mitwirkung

Wie gestaltet sich die Vermögenssituation?

Monatliches Einkommen _____

Vermögen
(Bankverbindung IBAN/
oder Postkonto;
ungefährer Vermögens-
stand) _____

Immobilien _____

- Entzug des Zugriffs auf einzelne Vermögenswerte (Art. 395 Abs. 3 ZGB)
Auf welche?

- rechtliche Verfahren (Nachlass, Prozesse etc.)

- Begleitung
 Vertretung (mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit)
 Mitwirkung

Beschreibung _____

- Anderes

- Begleitung
 Vertretung (mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit)
 Mitwirkung

Bemerkungen _____

Vorschläge für die Person des Beistandes bzw. Beiständin

Vorname, Name _____

Adresse, PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Angaben zur antragstellenden Person

Vorname, Name _____

Adresse, PLZ/Ort _____

Telefonnummer _____

Wer ist schon in diesen Fall involviert (Beratungsstelle, Schule, etc.)?

Worin sehen Sie die Hilfsbedürftigkeit und Schutzbedürftigkeit der betroffenen Person?

Die betroffene Person ermächtigt hiermit alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärzte, medizinische Hilfspersonen, Psychologen, Sozialarbeiter, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, Sozialversicherungen (AHV/IV/EO/ALV/MILV/ SUVA), öffentliche und private Versicherungen, sämtliche Amtsstellen (z.B. Steueramt, Betreibungsamt, Grundbuchamt usw.) Schule und Lehrer, öffentliche und private Sozialhilfeeinrichtungen, Beratungsstellen usw. der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Toggenburg alle erforderlichen und gewünschten Auskünfte zu erteilen, Berichte zu erstellen und Akteneinsicht zu gewähren, die für die Prüfung und Anordnung von Kinderschutzmassnahmen benötigt werden.

Die Mitarbeitenden der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Toggenburg sind im Rahmen der Abklärung gegenüber den oben genannten Stellen ebenfalls von der amtlichen Schweigepflicht befreit, soweit dies für die Abklärung dienlich ist.

Ort/Datum

Unterschrift der betroffenen Person
Falls nicht möglich, der Kontaktperson

Diesen Antrag, wenn möglich zusammen mit den ärztlich beantworteten Fragen und einer Kopie der Identitätskarte der betreffenden Person, senden an:

Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Toggenburg
Bürohaus Soorpark, Postfach 39, 9606 Bütschwil

Beilage zum Antrag auf Errichtung einer Beistandschaft

für (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

Die folgenden Fragen betreffend die obenerwähnte Person sind durch den/die zuständige(n) Arzt/Ärztin z.Hd. der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Toggenburg, Bürohaus Soorpark, Postfach 39, 9606 Bütschwil, zu beantworten:

1. Wie ist der gegenwärtige körperliche und geistige Gesundheitszustand der obenerwähnten Person? Steht bereits eine Diagnose fest? Kann schon etwas über den weiteren Verlauf gesagt werden?

2. Ist die obenerwähnte Person in der Lage, die Realität zu erfassen, kann er/sie planen, Entschlüsse fassen und diese durchsetzen (Urteilsfähigkeit)?

3. Gibt es Lebensbereiche, in denen dies für ihn/sie nicht möglich ist; wenn ja welche?

4. Kann die obenerwähnte Person noch selber einer geeigneten Person eine Vollmacht erteilen und beurteilen, ob diese seine/ihre Interessen ausreichend wahrnimmt?

5. Kann dieser Bericht der obenerwähnten Person aus ärztlicher Sicht eröffnet werden? Wenn nein, warum nicht?

6. Kann die obenerwähnte Person zur Anordnung einer Beistandschaft angehört werden? Ist er/sie in der Lage, den Sinn einer solchen Massnahme zu verstehen?

7. Welche weiteren Vorschläge und Empfehlungen können Sie uns aus ärztlicher Sicht für die künftige Betreuung der obenerwähnten Person machen?

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes