



Gesundheits- und Sozialdepartement

Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
Hoferbad 2
9050 Appenzell
Telefon 071 788 92 51
kesb@gsd.ai.ch
www.ai.ch

Antrag auf Errichtung einer Beistandschaft

Bitte prüfen Sie die Errichtung einer Beistandschaft für

Vorname Name: _____

Adresse (Strasse, PLZ, Ort): _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Erreichbarkeit für Rückfragen: _____

Beziehung zur betroffenen Person: _____

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, Telefon) _____

Krankenkasse: _____

Bildung / Erwerbstätigkeit / Tagesstruktur

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

Bemerkungen: _____

Arbeitgeber: _____

Soziales Umfeld / Vernetzung / Beziehungsgestaltung

- Begleitung
- Vertretung

Bemerkungen: _____

Angehörige: _____
(Adresse, Telefon) _____

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: _____

(Strasse, PLZ, Ort) _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Angaben zur antragstellenden Person

Vorname Name: _____

Adresse: _____

(Strasse, PLZ, Ort) _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

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 Appenzell Innerrhoden alle erforderlichen und gewünschten Auskünfte zu erteilen, Berichte zu erstellen und Akteneinsicht zu gewähren, die für die Prüfung und Errichtung von Massnahmen benötigt werden.

Die Mitarbeitenden der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Appenzell Innerrhoden 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 betroffenen Person, senden an: Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Appenzell Innerrhoden, Hoferbad 2, 9050 Appenzell

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 Appenzell Innerrhoden, Hoferbad 2, 9050 Appenzell, 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 Errichtung 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