

Formular für den Erstkontakt**Bitte sämtliche Felder ausfüllen – besten Dank!****Personalien der Bewerberin / des Bewerbers**

Name:

FOTO DES BEWERBERS

Vorname:



Strasse:

PLZ/Ort:

Gesetzlicher Wohnsitz (PLZ/Ort/Kanton):
.....

Geburtsdatum:

AHV Nummer:.....

Telefon :

Mobiltelefon:

E-Mail :

Muttersprache: Aufenthaltsbewilligung: C B Andere**Zusatzinformationen:**Bezug von einer Rente: Ja Nein in BearbeitungBeistandschaft: Ja Nein**Personalien der Kontaktperson** Keine Eltern (Vater / Mutter) Beistand Andere:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel. Privat:

E-Mail:

Mobiltelefon:

Tel. Geschäft:

Anfrage	
<input type="checkbox"/> Nur Wohnplatz <input type="checkbox"/> Dauerbeschäftigung mit Wohnplatz <input type="checkbox"/> Vollbetreut <input type="checkbox"/> Teilbetreut <input type="checkbox"/> Dauerbeschäftigung ohne Wohnen <input type="checkbox"/> Tagesstätte / Ateliers <input type="checkbox"/> Geschützte Werkstatt Gewünschter Eintrittstermin:	<input type="checkbox"/> Ausbildungsplatz mit Wohnplatz <input type="checkbox"/> Vollbetreut <input type="checkbox"/> Teilbetreut <input type="checkbox"/> Ausbildungsplatz ohne Wohnen <hr/> <input type="checkbox"/> Ausbildung nach PrA INSOS (interne Ausbildung) <input type="checkbox"/> Ausbildung EBA (Eidg. Berufsattest) <input type="checkbox"/> Ausbildung EFZ (Eidg. Fähigkeitszeugnis) <input type="checkbox"/> Unterstützte, begleitete Berufslehre (Supported Education)

Ich möchte im folgenden Berufsbereich arbeiten oder eine Ausbildung machen:

- Gärtnerei (Richtung Gemüse oder Zierpflanzen) Schreinerei Hauswirtschaft
 Technischer Dienst Küche / Catering Floristik Detailhandel / Bioladen
 Gesundheit und Soziales Tagesstätte / Ateliers mit Textilbereich (nicht für Ausbildung)
 Wunschberuf

Beeinträchtigung / Krankheitsbild

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kognitiv/geistig | <input type="checkbox"/> Sinnes |
| <input type="checkbox"/> Hirnverletzt | <input type="checkbox"/> Körperlich |
| <input type="checkbox"/> Psychisch | <input type="checkbox"/> Autismums Spektrum Störung |

Bestätigung / Erklärung COVID-19**Neuaufnahmen (aus dem Schutzkonzept der Stiftung Stöckenweid):**

Neueintretende Mitarbeitende/Bewohner sind mindestens 48 Stunden symptomfrei vor Eintritt und hatten 14 Tage zuvor keinen Kontakt zu bestätigten Covid-19 infizierten Personen. Zudem behält sich die Leitung vor auch weiterführende Massnahmen abzuklären, z. B Covid-19 Test, Selbstisolation am Wohnort/bei den Angehörigen/in der Einrichtung.

Der/die Bewerber/in bestätigt, dass er/sie seit 48 Stunden Covid-19 symptomfrei ist.

.....

.....

.....

Haben Sie alle Felder ausgefüllt? Bitte senden Sie uns dieses Formular vor dem Erstgespräch per E-Mail (jane.flueckiger@stoeckenweid.ch) oder Post zu.