

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 Bearbeitung

Beistandschaft: ☐ 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 ----- <input type="checkbox"/> Ausbildung nach PrA INSOS (interne Ausbildung) <input type="checkbox"/> Ausbildung EBA (Eidg. Berufsattest) <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 ☐ Floristik ☐ Detailhandel / Bioladen
☐ AGS (Gesundheit und Soziales)
☐ 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 |

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Unsere Homepage/Social Media ☐ Meinplatz.ch ☐ Schule
☐ Persönliche Empfehlung ☐ Andere: _____

Folgende Unterlagen bitte zwingend mitsenden:

- Aktuelle oder ehemalige Schulberichte
- Aktuelle Berichte von medizinischen/psychologischen Abklärungen

.....
Ort / Datum:

.....
Unterschrift Bewerber/In

.....
Unterschrift gesetzliche Vertretung

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