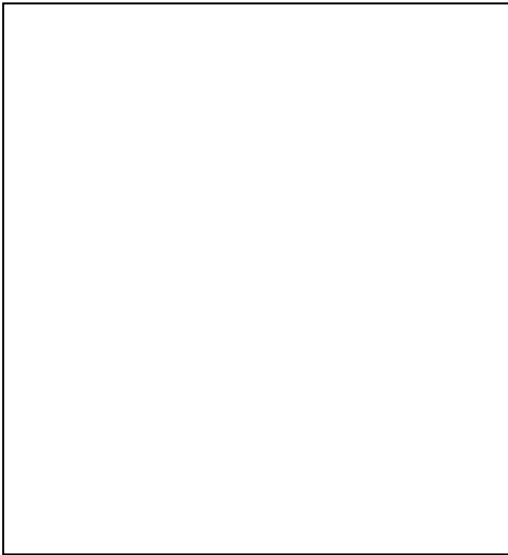


Formular für den Erstkontakt

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: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Andere
Zusatzinformationen:	
Bezug von einer Rente: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> in Bearbeitung	
Beistandschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Personalien der Kontaktperson	
<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Eltern (Vater / Mutter) <input type="checkbox"/> Beistand <input type="checkbox"/> 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"/> 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
-
- Informatik
-
-
- Technischer Dienst
-
- Küche / Catering
-
- Restauration
-
- 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.

.....
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 (jane.flueckiger@stoeckenweid.ch) oder Post zu.