

Formular für den Erstkontakt

Bitte sämtliche Felder ausfüllen – besten Dank!

Personalien der Bewerberin / des Bewerbers

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

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

Heimatort:

Ausländer / Aufenthaltsbewilligung:

C B

Andere

AHV-Nummer:

E-Mail:

Tel. Privat:

Mobiltelefon:

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"/> 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 |

Ort / Datum:

Unterschrift:

Bewerber/In:

Gesetzliche Vertretung:

Haben Sie alle Felder ausgefüllt? Bitte senden Sie uns dieses Formular vor dem Erstgespräch per E-Mail oder Post zu:

Stiftung Stöckenweid, Frau Jane Flückiger, Bünishoferstrasse 295, 8706 Feldmeilen
info@stoeckenweid.ch

Seite 2/2