

## 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

Muttersprache: ..... ☐ Andere .....

Zivilstand: .....

AHV-Nummer: .....

Tel. Privat: ..... E-Mail: .....

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)
<b>Ich möchte im folgenden Berufsbereich arbeiten oder eine Ausbildung machen:</b> <input type="checkbox"/> Gärtnerei (Richtung Gemüse oder Zierpflanzen) <input type="checkbox"/> Schreinerei <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft <input type="checkbox"/> Technischer Dienst <input type="checkbox"/> Küche / Catering <input type="checkbox"/> Floristik <input type="checkbox"/> Detailhandel / Bioladen <input type="checkbox"/> Gesundheit und Soziales <input type="checkbox"/> Tagesstätte / Ateliers mit Textilbereich (nicht für Ausbildung)  <input type="checkbox"/> Wunschberuf .....	
Beeinträchtigung / Krankheitsbild	
<input type="checkbox"/> Kognitiv/geistig  <input type="checkbox"/> Hirnverletzt  <input type="checkbox"/> Psychisch	<input type="checkbox"/> Sinnes  <input type="checkbox"/> Körperlich  <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