

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 ----- <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)
<p>Ich möchte im folgenden Berufsbereich arbeiten oder eine Ausbildung machen:</p> <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:

Unterschrift 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