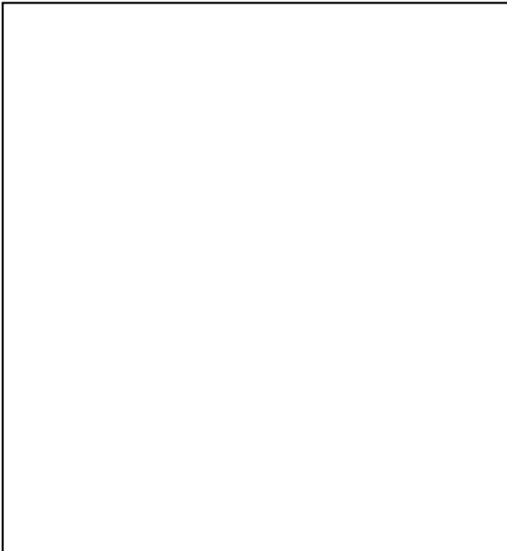


Formular für den Erstkontakt

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
- 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:

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