

Anmeldeformular für die zuweisende Stelle

Angaben der zuweisenden Stelle

Name		Vorname	
Adresse		Funktion	
Telefon		E-Mail	

Name der Organisation:	Zuständige Beratung:
Adresse:	Arbeitet am: <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> FR E-Mail: Telefonnummer direkt: Geschäftsmobiltelefon:

Personalien Teilnehmer/-in

Name		Vorname	
Geschlecht		Geb. Datum	
AHV-Nr.		Zivilstand	
Strasse		PLZ/Ort	
Mobiltelefon		E-Mail	
Nationalität		Konfession	
Aufenthaltsbewilligung		Führerausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein – Kat.
Velo fahren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Programmstart:	

Familiensituation

Partner/-in			
Name		Vorname	
Nationalität		Konfession	
Bewilligung			
Kinder			
Anzahl		Alter	
Regelung Kinderbetreuung:			

Bildung

Schule und Beruf	
Höchster Schulabschluss:	Anzahl Jahre Schulbesuch:
Erlerner Beruf:	Anzahl Jahre Berufserfahrung:
Zertifikate vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Berufswunsch:
Arbeitserfahrung (Beruf, Firma oder Land, Dauer)	
Bereits besuchte Integrationsprogramme:	
	Zeitraum:
	Zeitraum:
	Zeitraum:

Gewünschtes Programm

Zweigniederlassung Frauenfeld	
<input type="checkbox"/> Arbeitsintegration Für Personen mit Migrationshintergrund ohne Arbeitserfahrung, Deutsch A1	1700.-
<input type="checkbox"/> Wiedereingliederung Für Personen mit guten Deutschkenntnissen und Arbeitserfahrung, die einen Wiedereintritt ins Erwerbsleben suchen.	1450.-
<input type="checkbox"/> Kosten für Verpflegung pauschal	100.-/Monat

Einsatzziel

<input type="checkbox"/> Qualifikation für den Arbeitsmarkt / Referenz
<input type="checkbox"/> Andere Ziele
<input type="checkbox"/> Persönliche Ziele

Arbeitsfähigkeit

Mögliches Arbeitspensum:							
Mögliche Arbeitstage:							
Tag	<input type="checkbox"/> MO	<input type="checkbox"/> DI	<input type="checkbox"/> MI	<input type="checkbox"/> DO	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> SA	<input type="checkbox"/> SO
Vormittag							
Nachmittag							
Frühster Arbeitsbeginn am Morgen:							
Spätester Arbeitsschluss am Abend:							
Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Welche?				
In Behandlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Psychische Probleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Welche?				
In Behandlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Körperliche Einschränkung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Welche?				
Lässt ihr psychischer und physischer Zustand eine Arbeitstätigkeit zu? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein							

Mitzubringende Unterlagen für den Ersttermin:

- Ausländer- oder Personalausweis
- Bewerbungsunterlagen (falls vorhanden in Word oder PDF)
- Führerausweise aller Art (falls vorhanden)
- AHV-Ausweis
- Krankenkassenkarte

Ort / Datum	
Unterschrift zuweisende Stelle	