

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 Pratteln | |
| <input type="checkbox"/> Förderungsprogramm/Arbeitsintegration* Für Personen mit Migrationshintergrund mit und ohne Arbeitserfahrung ab Deutsch Niveau A1 / Personen mit erhöhtem Förderbedarf in Selbst- und Sozialkompetenz, die einen Wiedereintritt ins Erwerbsleben suchen. | 1800.- |
| <input type="checkbox"/> Wiedereingliederung* Für Personen mit sehr guten Deutschkenntnissen und Arbeitserfahrung, die einen Wiedereintritt ins Erwerbsleben suchen | 1550.- |
| <input type="checkbox"/> Beschäftigungsprogramm* Für schwervermittelbare Personen oder Asylsuchende mit Status N zum Schaffen einer Tagesstruktur und der Sozialintegration | 600.- |
| (*alle Preise inkl. Verpflegung) | |

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 | |