

Anmeldung durch	
Name, Vorname	IV-Stelle
Datum	

Personalien der versicherten Person	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Strasse	Telefon
PLZ Ort	AHV-Nr.

Gewünschte Lehrstelle			
Gewünschte Branche	<input type="checkbox"/> Detailhandel	<input type="checkbox"/> Küche	<input type="checkbox"/> Restauration
Abklärungsphase	<input type="checkbox"/> Vorstellungsgespräch	<input type="checkbox"/> Interessenschnuppern (5 Tage)	<input type="checkbox"/> Schnupperwochen (2-3 Wochen)
Gewünschte Ausbildung	<input type="checkbox"/> Vorlehre <input type="checkbox"/> PrA nach INSOS <input type="checkbox"/> EBA <input type="checkbox"/> EFZ	<input type="checkbox"/> Vorlehre <input type="checkbox"/> PrA nach INSOS <input type="checkbox"/> EBA <input type="checkbox"/> EFZ	<input type="checkbox"/> Vorlehre <input type="checkbox"/> PrA nach INSOS <input type="checkbox"/> EBA <input type="checkbox"/> EFZ
Mittagessen während Massnahme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Gewünschter Lehrbeginn			
Ziel	<input type="checkbox"/> GAP	<input type="checkbox"/> Teilrente	<input type="checkbox"/> rentenfrei
Aktuelle Eingliederungsplanung			

Ausgangslage	
Bildung Schule und Beruf	
Berufliche Erfahrung Schnupperlehren, Anstellungen	
Diagnosen und Symptome Auswirkungen am Arbeitsplatz, besondere Anforderungen	
Therapien und Medikamente	
Aktuelle Wohnsituation Selbständig, bei Eltern(-teil), in WG, im Wohnheim, o.a.	
Besonderes Auflagen der IV, Suchtmittel, soziale und finanzielle Situation, etc.	

Beilagen Lebenslauf, Zeugnisse, Empfehlung IV Berufsberatung, Ausbildungs-Potentialtest/Basis-Check
--