

1 Personalien

1.1 Adresse

Geschlecht Männlich Weiblich

Vorname

Name

Zivilrechtliche Adresse

Ev. Adresse Wohnheim

Telefon

Handy

E-Mail

Geburtsdatum

AHV-Nummer

1.2 Nationalität

Heimatort

Nationalität

Sprache

Aufenthaltsbewilligung

Quellensteuer: Ja Nein

1.3 Familiäre Verhältnisse

Zivilstand

Seit:

Kinder / Vorname, Name

Geb.

"

Geb.

"

Geb.

Partner oder Angehörige
(Name und Adresse)

1.4 Sonstige Angaben

IV-Rente Ja Vollrente Teilrente

Nein Anmeldung per:

Hilflosen-Entsch. Ja Nein Ja: Grad: Leicht Mittel Schwer

Bank/Post-Verbindung (IBAN angeben)

Arzt/Therapie

Hausarzt

Name, Adresse

Tel./E-Mail

Psych. Betreuung

Name, Adresse

Tel./E-Mail

Bezugsperson Wohnheim

Name, Adresse

Tel./E-Mail

2 Beistandschaft

Amtliche Stelle, Adresse

Vorname, Name Beistand

Tel./E-Mail

Art Beistandschaft keine Begleit Vertretungs umfassende

Rechnung Mittagessen an Beistand? Ja Nein

3 Tätigkeit in der Wärbrogg

gewünschter Arbeitsbereich: Werkstatt Service Reinigung Küche Detailhandel Lieferdienst Bistro

Eintritt möglich ab

Ausbildung Abgeschlossene Lehre Ohne Berufsbildung

Vermittelt durch:

Beruf

Arbeitgeber bisher:

Waren Sie bereits einmal in der Wärbrogg tätig? Ja Nein Wann:

Anstellung 100 % 80 % 50 % andere:

Arbeitstage: Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag
 VM VM VM VM VM
 NM NM NM NM NM

4 Sicherheit am Arbeitsplatz/Gesundheitsbefund

Art der Beeinträchtigung Psychische Beeinträchtigung Körperliche Beeinträchtigung
 Geistige Beeinträchtigung Sinnesbeeinträchtigung

Krankheitsbild:

Beantworten Sie bitte folgende Fragen: (wenn ja)

Leiden Sie unter: Diabetes Epilepsie
 Bluthochdruck Herz- / Kreislaufproblemen
 Rückenproblemen sehr häufigen starken Kopfschmerzen
 Sehschwäche Allergien (Nahrung, Bienen etc.)
 Asthma anderen Krankheiten:

Benötigen Sie **Medikamente**? Ja Nein

Wenn ja, welche: *evtl. Medikamentenliste beilegen*

Gibt es **Notfallmedikamente**, die sie bei sich haben müssen? Ja Nein

Wenn ja, welche: *evtl. Medikamentenliste beilegen*

Im Notfall zu verständigen:

Vorname Name

Adresse

Telefon Handy

Gibt es etwas Wichtiges, das wir über Ihre Gesundheit wissen sollten? Zögern Sie nicht und teilen Sie es uns bitte mit:

Datum: Unterschrift Bewerber:in:

Datum: Unterschrift Beistand (nur wenn umfassend):

Bitte legen Sie diesem Anmeldeformular einen aktuellen Lebenslauf und eine Kopie der Rentenverfügung bei.

*Besten Dank für Ihre Offenheit. Ihre Angaben werden wir selbstverständlich streng vertraulich behandeln.
 Falls es nicht zu einer Anstellung kommt, wird dieses Anmeldeformular vernichtet.*