Bewerbungsformular für Mitarbeitende

(Bitte vollständig ausfüllen)

|  |  |
| --- | --- |
| Personalien | Foto |
| Name:       | Vorname:      |
| Strasse:       |
| PLZ:       | Ort:       |
| Geburtsdatum:       | AHV-Nr.:       |
| Heimatort:       | Wohnsitzgemeinde / Kanton:       |
| Nationalität:       | Beruf:       |
| Tel.-Nr.:       | Handy:       |

|  |
| --- |
| Zivilstand |
| ledig | verheiratet | geschieden | verwitwet | getrennt |
|[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| seit (Datum):  |

|  |
| --- |
| Für Ausländer und Ausländerinnen |
| Nationalität:       | Aufenthaltsbewilligung:       |

|  |
| --- |
| Kinder |
| Ja [ ]  | Anzahl:  | Nein [ ]  |

|  |
| --- |
| Schulen |
| von | bis | Bezeichnung der Schule, Ort |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Berufsausbildung (Lehre / Anlehre) |
| von | bis | Beruf | Firma / Schule; Ort | Ausweis |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Anstellungen (Die letzten zwei Arbeitgeber aufführen) |
| von | bis | Name / Adresse der Firma / Werkstätten |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Versicherung |
| Beziehen Sie eine Rente der Invalidenversicherung? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Wenn nein, Sind Sie bei der Invalidenversicherung angemeldet? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Wenn ja, beziehen Sie eine: |
| Viertelrente | Halbe Rente | Dreiviertelrente | Ganze Rente |
|[ ] [ ] [ ] [ ]
| Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Erhalten Sie ein Krankentaggeld? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |

|  |
| --- |
| Gesundheit |
| Unter welchen gesundheitlichen Problemen leiden Sie? |
| Psychische Beeinträchtigung | Körperliche Beeinträchtigung | Lernbeeinträchtigung |  |
|[ ] [ ] [ ]   |
| Alkoholprobleme? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Drogenprobleme? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Befinden Sie sich in Spitalpflege? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Wie viele Stunden pro Arbeitstag können Sie arbeiten? |
| 7 - 8 Stunden | 5 - 6 Stunden | 2,5 - 4 Stunden | weniger |
|[ ] [ ] [ ] [ ]

|  |
| --- |
| Namen und Adressen |
| Hausarzt:       | Tel.:       |
| Psychiater:       | Tel.:       |
| Psychologen:       | Tel.:       |
| IV-Berufsberater:       | Tel.:       |
| IV-Stellenvermittler:       | Tel.:       |
| Sozialarbeiter:       | Tel.:       |
| Vormund, Beistand:       | Tel.:       |
| Nächster Angehöriger:       | Tel.:       |

**Die Zustellung des Fragebogens erfolgt ohne gegenseitige Verpflichtung einer Anstellung!**

**Datum: Unterschrift:**