

Bewerbungsformular für Mitarbeitende

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

| Zivilstand | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ledig | verheiratet | geschieden | verwitwet | getrennt |
| <input type="checkbox"/> |
| seit (Datum): | | | | |

| Für Ausländer:innen | |
|---------------------|-------------------------|
| Nationalität: | Aufenthaltsbewilligung: |

| Kinder | | |
|-----------------------------|---------|-------------------------------|
| Ja <input type="checkbox"/> | Anzahl: | Nein <input type="checkbox"/> |

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

| Berufsausbildung | | | | |
|------------------|-----|-------|-------------------|---------|
| von | bis | Beruf | Firma/Schule, Ort | Ausweis |
| | | | | |
| | | | | |

| Anstellungen (Die letzten zwei Arbeitgeber aufführen) | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| von | bis | Name, Ort | |
| | | | |
| | | | |
| Versicherung | | | |
| Erhalten Sie eine Rente der Invalidenversicherung? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn nein, sind Sie bei der Invalidenversicherung angemeldet? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, beziehen Sie eine: | | | |
| Viertelrente | Halbe Rente | Dreiviertelrente | Ganze Rente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Erhalten Sie ein Krankentaggeld? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

| Gesundheit | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Welche Beeinträchtigung liegt bei Ihnen vor? | | | |
| Psychische Beeinträchtigung | Körperliche Beeinträchtigung | Lernbeeinträchtigung | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Diagnose: | | | |
| Problematischer Umgang mit Alkohol? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Problematischer Umgang mit Drogen? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Befinden Sie sich in Spitalpflege? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wie viele Stunden pro Arbeitstag können Sie arbeiten? | | | |
| 6 - 8 Stunden | 5 - 6 Stunden | 4 - 5 Stunden | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Namen und Adressen | |
|--------------------------|-------|
| Hausarzt:in: | Tel.: |
| Psychiater:in: | Tel.: |
| Psycholog:in: | Tel.: |
| IV-Stellenvermittler:in: | Tel.: |
| Sozialarbeiter:in: | Tel.: |
| Beiständ:in: | Tel.: |
| Notfallkontakt: | Tel.: |

Die Zustellung des Fragebogens erfolgt ohne gegenseitige Verpflichtung einer Anstellung.

Datum:

Unterschrift: