Anmeldung für Arbeiten mit Assistenz

Foto

Das Formular kann ausgedruckt handschriftlich in Druckschrift oder elektronisch ausgefüllt werden.
Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Personalien

Name	
Vorname	
Wohnadresse	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
Wohnsituation	☐ Selbständig ☐ Betreut ☐ Sonstiges
Geschlecht	
Heimatort	
Nationalität	
Aufenthalts- / Niederlassungsbewilligung	☐ C ☐ andere: Bitte eine Kopie der Bewilligung beilegen
AHV-Nr./Sozialversicherungsnummer	756.
Krankenkasse Versicherungsnummer	

Ausbildung Beruf

Höchste Schulbildung	

Erlernter Beruf

Abschluss Niveau	☐ PrA/Praktische Ausbildung ☐ EBA berufliche Grundbildung ☐ EFZ Eidgenössische Fähigkeitszeugnis ☐ Anderes, nämlich: ☐ kein Abschluss
Jetzige und letzte Tätigkeiten	Jahr Tätigkeit
Gewünschte Tätigkeit > eine oder mehrere Möglichkeiten ankreuzen	☐ Industrie – Handfertigung/Copacking ☐ Industrie – Baugruppenmontage ☐ Industrie – Elektronik ☐ Industrie – Zerspanung ☐ Industrie – Logistik ☐ Hotellerie – Service ☐ Hotellerie – Küche ☐ Hotellerie – Reinigung ☐ Hotellerie – Wäscherei ☐ Technischer Dienst – Hauswartung ☐ Technischer Dienst – Gartenunterhalt ☐ Büro – Empfang, Datenverarbeitung ☐ weiss nicht / für alles offen

Versicherung/Leistungen

IV, Unfall oder BVG-Verfügung vorhanden	☐ ja, bitte eine Kopie beilegen ☐ nein aber beantragt
Ergänzungsleistungen	☐ ja ☐ nein
Hilflosenentschädigung	☐ ja ☐ nein
Kontaktperson	

Beistandschaft

Haben Sie einen Beistand	☐ ja ☐ nein
Art der Beistandschaft	☐ Begleitbeistandschaft ☐ Vertretungsbeistandschaft ☐ Mitwirkungsbeistandschaft ☐ Umfassende Beistandschaft
Name Beistand	

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Bezugs- Kontaktperson

Haben Sie eine Bezugs-Kontaktperson	☐ ja ☐ nein
Art der Beziehung	☐ Mutter/Vater ☐ Geschwister ☐ Anderes, nämlich
Name der Bezugs-Kontaktperson	
Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Angaben zur Person

Gewünschter Eintrittstermin	
Gewünschte Anzahl Arbeitsstunden die Woche (100% = 40h/Wo)	
Bevorzugte Teilarbeitszeit	☐ vormittags ☐ nachmittags
Was ist Ihre Motivation, um bei uns zu arbeiten?	
Handicap?	Handicap: ☐ psychisch ☐ körperlich ☐ geistig ☐ Sinnes ☐ Sucht
Nehmen Sie Medikamente, die Ihre Arbeitsleistung oder Sicherheit beeinträchtigen?	☐ ja, welche: ☐ nein

Hinweise:

- ☐ Allergien
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsie
- ☐ Herz-/Kreislauferkrankungen
- ☐ Einnahme von Blutverdünner
- ☐ Anderes, nämlich:

Bewerber*in

Name und Vorname

Datum: ..... Unterschrift: .....

Gesetzliche Vertretung

Name und Vorname

Datum: ..... Unterschrift: .....

Beilagen

Bitte ankreuzen:

- ☐ Kopie IV-Rentenverfügung oder Vorsorgeauftrag
- ☐ Kopie Aufenthalts- / Niederlassungsbewilligung
- ☐ Kopie Ernennungsurkunde KESB
- ☐ Kopie Regelung des Vertretungsrechts
- ☐ sonstiges:

Zustellen

per E-Mail an: hr@iwaz.ch

oder einsenden an:

vertraulich
iwaz Sozialunternehmen
Abteilung HR
Neugrundstrasse 4
8620 Wetzikon