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:**