|  |
| --- |
| **Hinweis:**Füllen Sie dieses Formular erst aus, nachdem Sie das Formular *Anmeldung Stiftung Altried* ([QF4104](file:///Users/cat/Downloads/QF4104_Anmeldung%20Stiftung%20Altried.docx))ausgefüllt haben. Bei Fragen zögern Sie nicht, uns anzurufen!  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name:** |  | **Vorname:** |  | **Geb.-Datum:** |  |
|  |
|  |
| **Gewünschter Arbeitsplatz:** |
| [ ]  **Produktion:** |
|  |  | [ ]  Produktionswerkstatt | [ ]  Lager | [ ]  Reinigung | [ ]  Unterhalt Umgebung |
| [ ]  | **Gastronomie:** |
|  |  | [ ]  Küche | [ ]  Service | [ ]  Verkauf |  |
| [ ]  | **Hauswirtschaft:** |
|  |  | [ ]  Reinigung | [ ]  Wäscherei |  |  |
| [ ]  | **Technischer Dienst** (Unterhaltsarbeiten & Reinigung, Garten) |
| [ ]  | **Ferienzentrum Wannental** (Garten, Tierpflege, Hauswirtschaft, Eigenproduktion) |
| [ ]  | **Administration** (Büroarbeiten) |
| [ ]  | **Mitarbeiterin Gruppenassistenz** |
|  |  |
| Bemerkung: |  |
|  |  |
|  |  |
| **Gewünschtes Eintrittsdatum:** |  |
|  |
|  |
| **Schulen, Aus- und Weiterbildungen:** |
| Art der Aus- und Weiterbildung: | Schule: | von / bis (Bsp.: 01.2014 - 12.2015) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
|  |
| **Berufspraxis:**  |
| Funktion: | Arbeitgeber: | von / bis (Bsp.: 01.2014 - 12.2015) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| **Merkmale / Einschränkungen:** | Bemerkungen / Hinweise |
| [ ]  | gehbehindert |       |
| [ ]  | Rollstuhl |       |
| [ ]  | hörbehindert |       |
| [ ]  | sehbehindert |       |
| [ ]  | kognitiv eingeschränkt |       |
| [ ]  |  |       |
|  |
|  |
| **Medikamente:** |
| [ ]  ja | [ ]  nein |  | [ ]  BewerberIn möchte Medikamente nicht bekannt geben. |
|  |
|  Unterschrift BewerberIn:  ………………………….. | Unterschrift Beistand/Beiständin:………………………….. |
| Wenn ja: | **Medikament / Dosis / Verabreichungsform** |
|       |
|       |
|       |
|  |
| **Was ist mir noch wichtig mitzuteilen?** |
|       |
|       |
|  |
|  |
| **Ich habe / Wir haben die Anmeldeformulare vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt:** |
| Ort / Datum: |       |       | Unterschrift BewerberIn: |  |
| Ort / Datum: |       |       | Unterschrift Beistand/Beiständin: |  |
|  |
|  |
|  |
| **Den Anmeldeformularen** (Grundanmeldung + Anmeldung/en für gewünschte Wohn- und/oder Tagesstrukturform) **liegen bei:** |
| [ ]  | Kopie Rentenverfügung | [ ]  | Kopie Ausländerbewilligung |
| [ ]  | Kopie Verfügung Hilflosenentschädigung | [ ]  |  |
| [ ]  | Kopie Verfügung Beistandschaftliche Massnahme | [ ]  |  |

**Ablage:** bei Aufnahme in Zentralakte