

**Asylsozialhilfe**

**Regelsozialhilfe**

**Qualifizierung** (CHF 80.— pro Tag)

**Talent** (CHF 100.— pro Tag)

**first step** (CHF 120.— pro Tag)

**Jobcoaching** (CHF 200.— pro Stunde)

**Beschäftigung I** (CHF 35.— pro Tag) |  **Beschäftigung II** (CHF 50.— pro Tag)

| Angaben zur Person <i>(bitte vollständig ausfüllen)</i>   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| Name  |  | Vorname                      |  |
| Adresse   |  | PLZ / Ort                    |  |
| Tel. Nr.  |  | E-Mail                       |  |
| Geb. Datum  |  | Geschlecht                   |  |
| Nationalität  |  | Ethnische Herkunft           |  |
| <input type="checkbox"/> L / <input type="checkbox"/> N / <input type="checkbox"/> F VA 7+ / <input type="checkbox"/> F VA 7- / <input type="checkbox"/> F FL 7+ / <input type="checkbox"/> S<br><input type="checkbox"/> F FL 7- / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> B FL 5+ / <input type="checkbox"/> B FL 5- / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> CH<br>(Kopie Ausländerausweis zwingend beizulegen) |  | Gültig bis                   |  |
| Sozialversicherungsnummer 756. . .<br>(zwingend anzugeben)  |  | Einreisedatum in die Schweiz |  |
| Zivilstand  |  | Erlerner Beruf               |  |
| Letzte ausgeübte Tätigkeit/Jahr   |  | Einsatzmöglichkeiten?        | <input type="checkbox"/> Vollzeit<br><input type="checkbox"/> Teilzeit (welches Pensum?) |
| Gewünschte Einsatzdauer   |  |                              |  |
| Möchten Sie am Zwischen- bzw. am Abschlussgespräch dabei sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |  |                              |  |

Die Teilnehmer sind im Einsatzbetrieb nicht SUVA-versichert! Die Sicherstellung der Unfallversicherung erfolgt durch die **Sozialen Dienste!** Der Teilnehmende ist unfallversichert: Datum: Visum:

Unterschrift TeilnehmerIn:

SozialberaterIn:

**Ort, Datum**

|  |        |
|--|--------|
| SozialberaterIn / SachbearbeiterIn (Name/Vorname): |        |
| Adresse Sozialdienst:                              |        |
| Telefon:   | Email: |

| Generelle Informationen          |  |                          |                          |                          |  |
|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <b>Sprachkenntnisse</b>          | Mündlich gut, kann einen Auftrag ganzheitlich verstehen                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Geringe Kenntnisse, benötigt Schritt für Schritt Anleitung                           |
| <b>Tagesstruktur</b>             | Pünktlich, wenig Fehlzeiten, selten krank, meldet sich ab                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Öfters unpünktlich, fehlt häufig, unentschuldigte Absenzen                           |
| <b>Körperliche Voraussetzung</b> | Wenig Einschränkungen, wetterresistent, für körperliche Beschäftigung geeignet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat starke körperliche Einschränkungen, benötigt eine körperlich schonende Tätigkeit |
| <b>Verhaltensauffälligkeiten</b> | Keine erkannt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neigt zu aggressivem Verhalten, ist impulsiv, hat Mühe mit Kritik                    |
| <b>Suchtprobleme</b>             | Keine bekannt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche?   |
| <b>Begleitung</b>                | Sporadisch, lernt, ist wissbegierig und führt Aufträge selbständig aus         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enge Begleitung, ist unselbständig, braucht sehr viel Hilfe und Anleitung            |
| <b>Psychische Verfassung</b>     | Nichts bekannt / keine Belastung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwer belastet, unstabil Schwankungen im Alltag                                     |
| <b>Medikamente</b>               | Keine bekannt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nimmt Medikamente (bitte unter Bemerkungen aufführen, welche und für was)            |
| <b>Operationen</b>               | Keine bekannt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatte Operationen (bitte unter Bemerkungen aufführen, welche und wann)               |

| Weitere wichtige Bemerkungen / Hinweise  |
|--|
| <p>Psychische Verfassung: (Diagnosen, Klinikaufenthalte, psychiatrische Behandlungen, sonstiges)</p> <p>Medikamente (welche und für was)</p> <p>Operationen (welche und wie lange ist es her/körperliche Belastbarkeit/Einschränkungen)</p> <p>Programmeinsätze (wo und wie lange, Verhalten)</p> <p>Sonstige Bemerkungen (was wir noch wissen sollten)</p> <p>Gewünschte Ziele, die erreicht werden sollten</p> |

**Versand der Anmeldung**

Diese Unterlagen bitte der Anmeldung beilegen

- Kopie des Ausländerausweises (Zwingend mitzusenden, werden für die Arbeitsbewilligung benötigt)
- Kopie der Krankenkasse Police
- Kopie des Lebenslauf und Arbeitszeugnisse (falls vorhanden)

**Via Post**

Genossenschaft Regiomech  
Langfeldstrasse 28  
4528 Zuchwil

**Via E-Mail**

[info@regiomech.ch](mailto:info@regiomech.ch)

**Bei Fragen steht Ihnen folgende Person zur Verfügung:**

Herr Farid El Benna (032 686 88 22)

**Bitte füllen Sie uns diese Fragen vollständig aus und besprechen diese bitte mit den Teilnehmenden. Diese Informationen sind für die Anamnese unverzichtbar, verhindern Fehlzusweisungen oder ein langwieriges Sammeln von Erkenntnissen, die bereits bei der Anmeldung klar gewesen wären.**

Bei nicht vollständig ausgefüllten Unterlagen oder fehlenden Unterschriften, erlauben wir uns, die Rücksendung der Unterlagen an die zuständige SozialberaterIn.