FORMCHECKBOX  **integration.arbeit** (CHF 90.— pro Tag, zzgl. Jobcoaching CHF 250. — pro Stunde)

 FORMCHECKBOX **Jobcoaching integration.arbeit** (CHF 250.— pro Stunde)

 FORMCHECKBOX **Talent** (CHF 100.— pro Tag)

 FORMCHECKBOX **first step** (CHF 120.— pro Tag)

 FORMCHECKBOX **Beschäftigung II** (CHF 50.— pro Tag – Nur nach Rücksprache)

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

Die Teilnehmer integration.arbeit sind in der Phase 1 ab dem 4. Monat bei uns SUVA-versichert. Die Sicherstellung

der Unfallversicherung der ersten drei Monate sowie der restlichen Teilnehmenden erfolgt durch die ***Sozialen Dienste***!

**Der/die Teilnehmende ist unfallversichert:** **Datum:**  FORMTEXT       **Visum:**  FORMTEXT

**Unterschrift TeilnehmerIn: SozialberaterIn:**

 FORMTEXT       FORMTEXT

**Ort, Datum**

Sozialberater\*in / Sachbearbeiter\*in (Name/Vorname): FORMTEXT

Adresse Sozialdienst:

Telefon: FORMTEXT       Email: FORMTEXT

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

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

|  |
| --- |
| **Versand der Anmeldung** |
| Diese Unterlagen sind bitte der Anmeldung beizulegen: FORMCHECKBOX Kopie des Ausländerausweises (zwingend mitzusenden, werden für die Arbeitsbewilligung benötigt) FORMCHECKBOX Kopie des Lebenslaufes und der Arbeitszeugnisse (falls vorhanden)**Versand per E-Mail an** info@regiomech.ch**Bei Fragen steht Ihnen unser Integrationsberater, Herr Farid El Benna (032 686 88 22/farid.elbenna@regiomech.ch)** **zur Verfügung.****Bitte füllen Sie uns diese Fragen vollständig aus und besprechen diese bitte mit den Teilnehmenden. Diese Informationen** **sind für die Anamnese unverzichtbar, verhindern Fehlzuweisungen 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, dieRücksendung der Unterlagen an die zuständige Sozialberater\*in. |