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](mailto: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, die  Rücksendung der Unterlagen an die zuständige Sozialberater\*in. |