

Name + Ledigennamenname _____ Geschlecht <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w. Telefon _____ Strasse/Nr. _____ AHV-Nr. _____ Nationalität / Heimatort _____	Vorname _____ Geb.-Datum _____ Natel _____ E-mail _____ PLZ / Ort _____ Krankenkasse _____		
<b>! Bei Ausländer/-in bitte folgendes ausfüllen</b>			
<b>Konfession:</b>	Aufenthaltsbewilligung C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet* <input type="checkbox"/> getrennt* <input type="checkbox"/> geschieden* <input type="checkbox"/> verwitwet* <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <span style="float: right;">*seit: _____</span>			
<b>Sozialberater/-in:</b> (Name/Vorname) _____			
Tel.: _____ Fax: _____			
E-mail: _____			
<b>Ehepartner/-in</b>			
Name + Ledigennamenname _____ Geburtsdatum _____	Vorname _____		
<b>! Bei Ausländer/-in bitte ausfüllen:</b>			
Wohnsitz des Partners _____ <small>(Schweiz o. Ausland)</small>	Wenn in CH: Gemeinsame Wohnung? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
<b>Kinder</b>			
Wohnsitz an gleicher Adresse <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN*			
Name _____	_____	_____	_____
Vorname _____	_____	_____	_____
Geb.-Datum _____	_____	_____	_____
Wohnsitz* _____	_____	_____	_____
Anspruch auf Kinderzulagen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		werden bezogen seit: _____	
<b>Ausbildung</b>			
abgeschlossene Ausbildung <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
wenn ja, welche? _____			
<b>Berufserfahrungen</b>			
	<b>Firma</b>	<b>Dauer</b>	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

### Arbeitsbereich

Die Anmeldung bezieht sich auf folgende ausgeschriebene Stelle:

Stelle:

Betrieb:

Pensum: %

### Fahrausweis

Fahrausweis-Kategorien:  PW  Motorrad  Lastwagen

Mein Ausweis ist gültig:  JA  NEIN

### Lohnüberweisung

an Mitarbeiter/-in direkt auszahlen

Bank/Ort: \_\_\_\_\_ IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

PC-Konto: \_\_\_\_\_ PostFinance

an Sozialamt: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_

Bank/Ort: \_\_\_\_\_ IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

**Abtretungserklärung:**  beigelegt  wird nachgesandt

### Bemerkungen zur Arbeitsfähigkeit

- besteht eine Alkohol- oder Drogensucht?  JA  NEIN

- sind Sie in einem Methadon- oder Heroinprogramm?  JA  NEIN

- wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

- sind körperliche Beschwerden oder Behinderungen vorhanden?  JA  NEIN

- bestehen psychische Beschwerden?  JA  NEIN

- sind Sie in Behandlung?  JA  NEIN

- IV-Rente  JA  NEIN

- wenn ja, zu \_\_\_\_\_ % IV-Rente

- besteht eine **IV-Anmeldung**  JA  NEIN

- Falls JA, wann erfolgte die IV-Anmeldung\* am: \_\_\_\_\_

\*bitte Kopie der IV-Anmeldung beilegen

### Bemerkungen:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Mitbringen zum Aufnahmegespräch: AHV-Karte, Krankenkasse-Vers-Karte und ggf. Aufenthaltsbewilligung**

Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_

Unterschriften: Bewerber/-in \_\_\_\_\_ SOA \_\_\_\_\_