Anmeldeformular für die zuweisende Stelle

|  |
| --- |
| Angaben der zuweisenden Stelle der Gemeinde |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zuständige Gemeinde, Angaben zur Gemeinde | | | |
| Gemeindeadresse: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
|  | | | |
| Fallführende Person des VA/FL, Zugriff auf Dossiers | | | *Person 1* |
| Name, Vorname: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Funktion: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| E-Mail: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Telefon direkt: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| ggf. Adresse: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
|  | | | |
| Weitere Person für Zugriff auf Dossiers | | *Person 2* | |
| Name, Vorname: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Funktion: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| E-Mail: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Telefon direkt: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| ggf. Adresse: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
|  | | | |
| Weitere Person für Zugriff auf Dossiers | | *Person 3* | |
| Name, Vorname: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Funktion: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| E-Mail: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Telefon direkt: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| ggf. Adresse: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |
| --- |
| Personaldaten Vorläufig aufgenommene Flüchtlinge (VA/FL) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dossier-Träger/in | | | | | |
| Geschlecht: | m | w |  | | |
| Name: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Vorname: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Nationalität: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Zivilstand: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Bewilligung: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wohnaddresse: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| E-Mail: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| Sozialversicherung: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Telefonnummer: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| ZEMIS-Nummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | N.Nummer: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Muttersprache: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |  | | |
| Dolmetscher benötigt: | ja | nein |  | | |
| Weitere Sprachen: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| Datum der Einreise in die Schweiz: | | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
| Partner/Partnerin von Dossier-Träger/in (Für diese Person muss kein separates Anmeldeformular ausgefüllt werden) | | | | | | | | |
| Geschlecht: | m | | w | |  | | | |
| Name: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | Vorname: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Geburtsdatum: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | Nationalität: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Telefonnummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | Bewilligung: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Sozialversicherung: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | N.Nummer: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| ZEMIS-Nummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | |  | | | |
| Muttersprache: |  | | | |  | | | |
| Dolmetscher benötigt: | ja | | nein | |  | | | |
| Weitere Sprachen: |  | |  | |  | | | |
| Datum der Einreise in die Schweiz: | | | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | |
|  | | | | | | | | |
| Kinder von Dossier-Träger/in | | | | | | | | |
| Anzahl an Kinder: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | *bei mehr als 4 Kindern bitte separates Blatt ausfüllen* | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Geschlecht: | m | | | w | |  | | |
| Name: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Vorname: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Alter: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefonnummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Nationalität: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sozialversicherung: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Bewilligung: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| ZEMIS-Nummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | N.Nummer: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Regelung Kinderbetreuung: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Geschlecht: | m | | | w | |  | | |
| Name: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Vorname: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Alter: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefonnummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Nationalität: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sozialversicherung: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Bewilligung: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| ZEMIS-Nummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | N.Nummer: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Regelung Kinderbetreuung: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Geschlecht: | m | | | w | |  | | |
| Name: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Vorname: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Alter: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefonnummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Nationalität: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sozialversicherung: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Bewilligung: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| ZEMIS-Nummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | N.Nummer: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Regelung Kinderbetreuung: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Geschlecht: | m | | | w | |  | | |
| Name: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Vorname: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Alter: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefonnummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Nationalität: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sozialversicherung: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | Bewilligung: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| ZEMIS-Nummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | N.Nummer: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Regelung Kinderbetreuung: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | |

|  |
| --- |
| Integrationsmassnahme |

|  |  |
| --- | --- |
| Priorisierte Ziele der Gemeinde: | |
| Dossier-Träger/in: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Partner/Partnerin: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kind1: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kind2: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kind3: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kind4: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| Bildung Dossier-Träger |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Schule und Beruf: | | | |
| Höchster Abschluss: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Anzahl Jahre Schulbesuch: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| Erlernter Beruf: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Anzahl Jahre Berufserfahrung: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| Zertifikate: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Berufswunsch: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| Arbeitserfahrung: (Beruf, Firma oder Land, Dauer) | | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |

|  |
| --- |
| Arbeitsfähigkeit Dossier-Träger |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mögliches Arbeitspensum: (vorausgesetzt wird Mo – Fr, 42 Stunden pro Woche) | | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Körperliche Einschränkungen: | ja | nein | Welche: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| * In Behandlung: | ja | nein |  | | | |
| Psychische Probleme: | ja | nein | Welche: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| * In Behandlung: | ja | nein |  | | | |
| Suchterkrankung: | ja | nein | Welche: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| * In Behandlung: | ja | nein |  | | | |
| Lässt Ihr psychischer und physischer Zustand eine Arbeitsfähigkeit zu? | | | | | ja | nein |

Mitzubringende Unterlagen für den Ersttermin:

* Ausländer- oder Personalausweis
* Bewerbungsunterlagen (falls vorhanden in Word oder als PDF)
* Führerausweise aller Art (falls vorhanden)

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Unterschrift zuweisende Stelle: |  |