

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ PLZ/Ort: _____
Geschlecht: _____ Geburtsdatum: _____
Zivilstand: _____ AHV-Nr.: _____
Nationalität: _____ Ausweis: _____ Gültig bis _____
Telefon: _____ Mobile: _____
E-Mail _____
Kinder: _____ Betreuung gewährleistet: ja nein

Ist die angemeldete Person bei der Anmeldung in einer **bezahlten Stelle**? ja nein

Erstanmeldung: ja nein

Involvierte Stellen: RAV IV Suva Andere: _____

Fahrausweise: Auto Stapler LKW Andere: _____

Beruflicher Werdegang (in Stichworten; falls vorhanden Lebenslauf beilegen

Keine berufliche Grundbildung Berufliche Grundausbildung (EFZ, EBA) Tertiärer Abschluss unbekannt

Gesundheitliche oder andere Einschränkungen

Individueller Auftrag an die angemeldete Person:

Möglicher Beschäftigungsgrad: _____ % (Für SI, BIP und BI mindestens 50%)

- Soziale Integration (SI)* Berufliche Integration mit Perspektive (BIP)* Komm. Integrationsangebot (KIA)
 Einzelcoaching (EC) Tor zum Arbeitsmarkt (TZA) Bewerbungswerkstatt (BW)
 Entscheid maxi.mumm Andere: _____

Informationen zu den Angeboten und Zielen finden Sie unter www.maximum.ch/zuweisende

Versicherung – wichtiger Hinweis

Bei den mit einem Stern (*) markierten Angeboten sowie in der Beruflichen Integration (BI) sind Programmteilnehmende ab dem Tag der Unterzeichnung der Einsatzvereinbarung bis zum Tag des Austritts aus dem Verein maxi.mumm gegen Berufsunfälle (BU) und Nichtberufsunfälle (NBUV) bei der SUVA versichert. Bei allen anderen Angeboten muss die Unfallversicherung weiterhin über die Krankenkasse geregelt werden.

Informationen zum Ablauf

Übergeordnetes Ziel ist die **berufliche Integration** in den ersten Arbeitsmarkt. Mögliche weitere Ziele:

- Aufbau einer geregelten Tagesstruktur
- Gewinn an beruflich relevanter Kompetenz (Arbeitsverhalten, Teamfähigkeit)
- Nachweis aktueller Leistungsfähigkeit

Über die Programmzuteilung wird anlässlich des Vorstellungsgesprächs entschieden.

Vorstellungsgespräch / Anmeldung

Ort: Verein maxi.mumm Sozialdienst

Die / Der Sozialarbeiter:in wünscht am Vorstellungsgespräch dabei zu sein.

Sozialdienst: _____

Kontaktperson: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Datum _____

Unterschrift Sozialarbeiter:in _____

⚡ **Bitte Anmeldung elektronisch ausfüllen, unterschreiben und an untenstehende Post- oder Mailadresse senden**