

3.1.2000 Anmeldung für einen Geschützten Arbeitsplatz

Anmeldung für einen Geschützten Arbeitsplatz (GAP)

Platzanfrage			
Gesuchte Tätigkeit in	<input type="checkbox"/> Elektromontagen	<input type="checkbox"/> Kleinmontagen	<input type="checkbox"/> Papierwerkstatt
	<input type="checkbox"/> Parkunterhalt	<input type="checkbox"/> Büro / Verwaltung	<input type="checkbox"/> Kreativ-Werkstatt
	<input type="checkbox"/> Konditorei	<input type="checkbox"/> Hotellerie / Gastronomie	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaft
	<input type="checkbox"/> Technische Dienste		
Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/> ganztags	<input type="checkbox"/> vormittags	<input type="checkbox"/> nachmittags
Beschäftigungsgrad	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> andere
Gewünschtes Eintrittsdatum			
Personalien			
Name / Vorname			
Aktuelle Wohnadresse			
	Wohnsitz in einer betreuten Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
PLZ / Ort			
Zivilrechtlicher Wohnsitz			
Telefon / Mobil			
E-Mail			
Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Nationalität	Aufenthaltsbewilligung	<input type="checkbox"/> ja, welche	
IV-Rente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	IV angemeldet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HE Stufe	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Stufe 0 <input type="checkbox"/> Stufe 1 <input type="checkbox"/> Stufe 2 <input type="checkbox"/> Stufe 3		
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/> Lohnfortzahlung/Krankentaggeld <input type="checkbox"/> EL <input type="checkbox"/> Sozialhilfe		
Berufsangaben			
Ausgeübter Beruf	<input type="checkbox"/> mit Berufsabschluss <input type="checkbox"/> mit Anlehre		
aktueller Arbeitgeber	Pensum	Soziale Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuweisende Stelle (sofern nicht selbst angemeldet)			
<input type="checkbox"/> Sozialdienst	<input type="checkbox"/> IV-Stelle	<input type="checkbox"/> Beistand	<input type="checkbox"/> andere
Zuweisende Stelle			
Name / Vorname			
Strasse			
PLZ / Ort			
Telefon	E-Mail		
Bemerkungen			
Kontakt			
Ort, Datum:		Unterschrift:	
Anmeldung einsenden an: Stiftung FARO, Postfach, 5210 Windisch oder an gap-stellen@stiftung-faro.ch			