

ANMELDUNG

Bildungsprogramm

Bitte senden Sie die Anmeldung inkl. Ausweiskopie und dem Formular «Ergebnisse der Potentialabklärung» (Kurzassessment) mit einem verschlüsselten Mail oder per Post.

Cucina Sa(SAH)

Motorenstrasse 2a
8623 Wetzikon

044 970 25 75
cucinasasah@sah-zh.ch
www.sah-zh.ch



FALLFÜHRENDE STELLE	
Gemeinde	
Zuweisende Stelle	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	
Vorname / Name Sozialberater*in	
Telefon	
E-Mail	
Erreichbarkeit Wochentage	

ANGABEN ZUR PERSON			
Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Wohnort	
Telefon / Mobile		E-Mail	
Geburtsdatum		Zivilstand	
SV-Nr.		Nationalität	
Aufenthaltsstatus		Gültig bis	
ZEMIS-Nr.			
Anzahl Kinder		Jahrgang	
Unfalleinschluss Krankenkasse		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ein Angebot des

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN ZUR PERSON			
* Diese Felder müssen ausgefüllt werden. (Pflichtfelder)			
Deutschkenntnisse * → Nur Pflichtfeld, falls Deutsch nicht Muttersprache der Person ist			
Deutschkenntnisse mündlich	<input type="checkbox"/> A0	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> höher
Deutschkenntnisse schriftlich	<input type="checkbox"/> A0	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> höher
<input type="checkbox"/> Einschätzung der Deutschkenntnisse nicht möglich			
Deutsch-Zertifikate	<input type="checkbox"/> vorhanden (z.B. telc)	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> höher
Muttersprache			
Andere Sprachen			

WEITERE ANGABEN ZUR PERSON	
Mindestarbeitsfähigkeit / Einschränkungen	
Betreuungspflichten / Möglichkeiten der Kinderbetreuung (KiTa, Hort, Tagesfamilie, Familie, Freunde)	
Zielsetzung in Bezug auf die Integration / Wichtigste Förderbereiche	
Schulen / Ausbildungen / Qualifikationen	
Berufs- / Arbeitserfahrungen	
Besuch allfälliger Arbeitsintegrationsprogramme (Bezeichnung/Datum)	
Sind andere Beratungs-/Stellen involviert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Der Arbeitsintegrationsplan wurde erstellt durch: (Institution, Name, Adresse zuständige Person)	
Weitere Bemerkungen	

Ort, Datum _____ Stempel/Unterschrift
Sozialberater*in _____

- Beilagen
- Lebenslauf
 - Arbeitszeugnisse
 - Diplome
 - Ausweiskopie
 - Bericht Kurzassessment/Potentialabklärung

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin mit den obenstehenden Angaben einverstanden. Zudem entbinde ich die zuständigen Berater*innen der Gemeinde/des Sozialamtes und den zuständigen Coach von SAH Cucina Sa(SAH) von allen für die Vermittlung/Nachbegleitung relevanten Angelegenheiten von der Schweigepflicht.

Ort, Datum _____ Unterschrift
angemeldete Person _____