|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien** |  |
| **Name:**  | **Vorname:**  |
| **Strasse:**  | **PLZ/ Ort:**  |
| **Geb.-Datum:** **Geschlecht:** [ ]  M [ ]  W | **Nationalität:**  |
| **Zivilstand:** [ ]  ledig [ ]  verheiratet | **Kinder (Anzahl):**  |
| **SV-Nummer:**  | **Bewilligung (Ausländer):** [ ]  B [ ]  C [ ]  N [ ]  F |
| **Nationalität/Heimatort:**  | **Gültig bis:**  |
| **Telefon (Privat):**  | **Telefon (Mobil):**  |
| **E-Mailadresse:**  | **Führerausweis:** |
| **Erlernter Beruf:**  | **Letzte Tätigkeit:** |
| **Einsatz ab:**  | **Dauer:**  |
| **Mögliches Pensum:**  | **Empfohlene Tätigkeit:**  |

[ ]  **Regelsozialhilfe** [ ]  **Asylsozialhilfe**

|  |
| --- |
| ***Unfallversicherung:****Die temporären Mitarbeitenden sind während der Programmteilnahme bei der SUVA gegen Berufs- und Nichtberufsunfall****nicht*** *versichert, da kein Arbeitsverhältnis besteht.**Die Sicherstellung der Unfallversicherung durch die Krankenkasse hat durch die zuweisende Stelle zu erfolgen!*[ ]  **Unfallversicherung durch Zuweisende geprüft Datum:       Visum:** |

|  |
| --- |
| **Berufserfahrung (nur ausfüllen, wenn kein Lebenslauf beigelegt werden kann)** |
| **Firma:** | **Funktion:** | **Dauer:** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| **Ziele/ berufliche Perspektiven** |
|       |
|       |
|       |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Einschränkungen der Arbeitsmöglichkeit** |  |
| **Art:** | **Bemerkungen:** |
| [ ]  Gesundheit (Arztzeugnis beilegen) |       |
| [ ]  Familienorganisation |       |
| [ ]  Finanzielle Situation |       |
| [ ]  Rechtliche Situation |       |

|  |
| --- |
| **Bereits durchgeführte Abklärungen/ Massnahmen (Institution und Datum angeben)** |
|       |
|       |
|       |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen** |
|       |
|       |
|       |

Beilagen: [ ]  **Tabellarischer Lebenslauf mit Zeugnissen**  Anmeldung bitte an folgende Adresse weiterleiten:

 [ ]  Bericht persönliche Situation/Ziele Netzwerk Grenchen

 [ ]  Arztzeugnisse Monika Palermo

 [ ]  Kopie Ausländerausweis Kapellstrasse 26

 [ ]  ………………………………………………….. 2540 Grenchen

 032 513 65 21

|  |
| --- |
|  |

Datum/ Unterschrift Sach-/Sozialarbeiter/In Unterschrift Temporärer Mitarbeitender

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sozialregion:

Sach-/Sozialarbeiter/In:

E-Mail:

Tel.Nr.:

*Verrechnung für die Programmteilnahme: Gemäss ASO-Richtlinien*

*Programmtag bis und mit 49 % = 70.00 CHF (1‘519.00 CHF /Mt.), Programmtarif ab 50% = 100.00 CHF (2‘170.00 CHF /Mt). Effektive Einsatztage im im Ein- und Austrittsmonat.*

*Keine Verrechnung bei Anstellung vor Eintritt.*

*Die reguläre Kündigungsfrist beträgt zwei Wochen.*

*Abgeltung bei Abbruch: 5 Tagessätze.*