**Qualifizierung**  **Migration**  **Diverse Finanzierer**

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

|  |
| --- |
| ***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:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ausbildung (nur auszufüllen, wenn kein Lebenslauf beigelegt werden kann)** | |
| Kein Abschluss |  |
| Abschluss, berufliche Grundbildung | Welcher: |
| Abschluss, höhere Berufsbildung | Welcher: |
| Weiterbildungen: |  |

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

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

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

monika.palermo@netzwerk-grenchen.ch

|  |
| --- |
|  |

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 50 % = 56.00 CHF (1‘215.20 /Mt.), Programmtarif ab 51% = 80.00 CHF (1‘736.00 / Mt.). Effektive Einsatztage im Ein- und und Austrittsmonat.*

*Keine Verrechnung bei Anstellung vor Eintritt.*

*Die reguläre Kündigungsfrist beträgt zwei Wochen.*

*Abgeltung bei Abbruch: 5 Tagessätze.*