



Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen

## Anmeldung für

- Berufswahl und Lebensvorbereitung
- Berufsausbildung intern in der Stiftung Bühl (geschützt)
- Berufsausbildung dezentral im 1. Arbeitsmarkt mit Coaching
  
- Wohnplatz im Internat (ergänzend zu Schule oder Berufsausbildung)

gewünschter Termin: \_\_\_\_\_

### 1. Personalien Bewerber(in)

Name: _____	Geburtsdatum: _____
Vorname(n): _____	IV-Nr.: _____
Strasse: _____	Konfession: _____
PLZ / Ort: _____	Heimatort: _____
E-Mail: _____	Einreise in die Schweiz: _____
Handynummer: _____	Aufenthaltsstatus: _____ <small>(Kopie Ausländerausweis beilegen)</small>
Verständigung in <input type="checkbox"/> Deutsch / <input type="checkbox"/> Schweizerdeutsch: <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut	

Name der Schule: _____	Seit: _____
Strasse: _____	PLZ / Ort: _____
Lehrperson: _____	Tel. _____

Derzeitiger Aufenthaltsort:  Eltern  Heim  Klinik  Anderer, nämlich: \_\_\_\_\_

Name der Institution: _____	Seit: _____
Strasse: _____	PLZ / Ort: _____
Kontaktperson: _____	Telefon: _____

### 2. Eltern

Vater	Mutter
Elterliches Sorgerecht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Elterliches Sorgerecht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Beruf: _____	Beruf: _____
Strasse: _____	Strasse: _____
PLZ / Ort: _____	PLZ / Ort: _____
Telefon: _____	Telefon: _____
Handy: _____	Handy: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsdatum: _____

E-Mail: \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_  
Heimatort: \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_  
Einreise in die Schweiz: \_\_\_\_\_  
Aufenthaltsstatus: \_\_\_\_\_  
Verständigung in Deutsch:  Ja  Nein  
Ist für Elterngespräche ein(e) Dolmetscher(in) bei zu ziehen:  Ja  Nein

E-Mail: \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_  
Heimatort: \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_  
Einreise in die Schweiz: \_\_\_\_\_  
Aufenthaltsstatus: \_\_\_\_\_  
Verständigung in Deutsch:  Ja  Nein

### 3. Pflegeeltern

Name: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Beziehung zur Herkunftsfamilie: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_

### 4. Geschwister / Halbgeschwister

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Wohnort:	Beruf / Schule:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### 5. Kindes- und Erwachsenenschutz

Besteht eine Massnahme?  Nein  Ja, welche?  
 Beistandschaft für Minderjährige  
 Vormundschaft für Minderjährige  
 Erwachsenenbeistandschaft nach Art. \_\_\_\_\_

Zuständige Stelle:

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Zuständige Person: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### 6. Beratende / Begleitende Instanz (pro Infirmis, KJPD, Familienbegleitung, Entlastungsdienst)

Zuständige Stelle:

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Zuständige Person: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### 7. Sozialversicherungsanstalt (IV-Stelle):

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Zuständige Person: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Funktion:  Sachbearbeiter(in)  Berufsberater(in)  Anderes, nämlich: \_\_\_\_\_

### 8. Aufenthalt des/der Bewerber(s)in seit der Geburt (Familie, Pflegefamilie, Heime etc.)

Name / Ort: \_\_\_\_\_ Von / Bis: \_\_\_\_\_ Bemerkungen: \_\_\_\_\_


**9. Bisherige berufliche Abklärungen und Schnupperaufenthalte** (Berichte beilegen)

Name / Ort:	Von / Bis:	Bemerkungen:

**10. Gesundheitszustand** (Medizinische Berichte beilegen)

Diagnose / Behinderung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Medikamente und Dosierung morgens   mittags   abends   nachts

Einnahme der Medikamente:       selbständig    mit Hilfe    unselbständig

Hilfsmittel:       keine    Brille    Hörgerät    Spezialschuhe  
 Andere: \_\_\_\_\_

Anspruch auf Hilflosenentschädigung:    Nein    leicht    mittelschwer    schwer

**Alle Angaben in diesem Formular werden vertraulich behandelt und nur für den internen Gebrauch benutzt. Alle Mitarbeiter(innen) der Stiftung Bühl sind vertraglich an die Schweigepflicht gebunden.**

**Ich / wir habe(n) dieses Anmeldeformular wahrheitsgetreu ausgefüllt:**

Datum / Ort:

---

Unterschrift Bewerber(in):

---

Unterschrift gesetzlicher Vertreter(in):

---

Bitte schicken Sie zusammen mit dieser Anmeldung vorhandene Berichte des Schülers / der Schülerin, wenn möglich eine Woche vor dem Erstgespräch an:

Stiftung Bühl, Bereich Integration, Rötibodenstrasse 10, 8820 Wädenswil