

Intake Integrationsplatz

Personalien			
Name / Vorname:		Pronomen:	
Strasse / Nr.:			
PLZ / Ort:			
E-Mail:		Telefon:	
Geburtsdatum:			
AHV-Nr.:		Kranken- kasse:	
Staatsangehörigkeit:		Aufent- haltsstatus:	

Finanzierung			
Kostenstelle:			
Name / Vorname zu- ständige Person:			
E-Mail:		Telefon:	
Strasse / Nr.:			
PLZ / Ort:			
Bemerkungen:			

Gesetzliche Vertretung			
Name / Vorname:			
E-Mail:		Telefon:	
Strasse / Nr.:			
PLZ / Ort:			
Ernennungsurkunde:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Bemerkungen:			

Beruflicher Werdegang
Was hat Sie bewogen sich hier zu melden?
Welcher schulische und berufliche Werdegang liegt vor?
Welche Herausforderungen und Hürden bestanden / bestehen im bisherigen Berufsleben?
Wann und wo war Ihr letzter Arbeitseinsatz?

Körperliche und psychische Gesundheit

Wie geht es Ihnen aktuell körperlich und psychisch?

Gibt es Beschwerden oder Einschränkungen, die im Alltag eine Rolle spielen?

Welche Rolle spielen Alkohol oder andere Substanzen zurzeit in Ihrem Leben?

Welchen Einfluss könnte Ihr Konsum derzeit auf Ihre Arbeitsfähigkeit haben?

Planung Arbeitseinsatz

Einsatzbetrieb:

Einsatzstufe:

Arbeitsplatz:

gewünschtes Pensum:

Arbeitsdienst:

gewünschte Arbeitstage:

Bemerkungen:

Verfasst von: _____

Datum: _____