



Anmeldung geschützter Arbeitsplatz

Portulac Oase WTB HTR D&L BST

Personalien

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
Geschlecht	
Heimatort	
Nationalität	
Gesetzl. Wohnort	
Adresse	
Sozialvers.- Nummer	756.
Ausweis Ausländer-Status	
Arbeits- bewilligung	vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kinderzulage berechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Soziale Betreuung

Welche?	
Name	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Gewünschter Eintrittstermin	
Gewünschte Stellenprocente	
Bevorzugte Teilarbeitszeit	<input type="checkbox"/> vor- <input type="checkbox"/> nachmittags

Ausbildung / Beruf

Höchste Schulbildung	
Erlerner Beruf	
Abschluss Niveau	<input type="checkbox"/> PrA <input type="checkbox"/> EBA <input type="checkbox"/> EFZ
Jetzige/letzte Tätigkeit als	

IV-Leistungen

Pendente IV-Anmeldung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
IV-Rente	<input type="checkbox"/> ja seit:
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ergänzungsleistung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Berufsabklärung erfolgt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eingliederungsmassnahme geplant	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuständige IV-Stelle	
Kontaktperson	

Fachärztliche Betreuung

Welche?	
Name	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	





Seite 2

Beistandschaft

Haben Sie einen Beistand?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name	
Art der Beistandschaft	<input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft	Vorname	
	<input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft	Adresse	
	<input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft	PLZ, Ort	
	<input type="checkbox"/> umfassende Beistandschaft	Telefon	
Sind Ihre Eltern Beistand?	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> nein	E-Mail	

Angaben zur Person

Welche spez. Fähigkeiten haben Sie?
Was ist Ihre Motivation, um bei uns zu arbeiten?
Warum sind Sie IV-Rentner? Hauptbehinderung: <input type="checkbox"/> psychisch <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> Sinnes <input type="checkbox"/> Sucht
Sind Sie über längere Zeit körperlich belastbar? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung:
Nehmen Sie Medikamente, die Ihre Arbeitsleistung oder Sicherheit beeinträchtigen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinweise: Allergien, Diabetes, Epilepsie, Herz-/Kreislaufkrankungen, Einnahme von Blutverdünnern, Lithium

Arbeits- und Ausbildungssituation vor Eintritt

<input type="checkbox"/> Im 1. Arbeitsmarkt (u.a. Privatwirtschaft)	<input type="checkbox"/> Aufenthalt in ausserkant. geschützter Werkstatt welcher Kanton?...
<input type="checkbox"/> In ungek. Verhältnis / Kündigungsfrist:	<input type="checkbox"/> IV-Eingliederungsmassnahmen
<input type="checkbox"/> Arbeitslos / ohne Tagesstruktur	<input type="checkbox"/> Aufenthalt in Schulheim / Sonderschule
<input type="checkbox"/> Aus- und Weiterbildung (nicht IV)	<input type="checkbox"/> Anderes, nämlich:.....
<input type="checkbox"/> Geschützte Werkstatt im Kt. Zürich	
Name Arbeitgeber / Institution	Kontaktperson
PLZ Ort	Telefon E-Mail





Seite 3

Aktuelle Wohnsituation

<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Aufenthalt in ausserkant. Behinderteneinrichtung
<input type="checkbox"/> WG	<input type="checkbox"/> Aufenthalt in Klinik / Spital / Reha / Pflegeheim
<input type="checkbox"/> Heim	<input type="checkbox"/> Anderes, nämlich:....
<input type="checkbox"/> Aufenthalt bei Eltern / Angehörigen	<input type="checkbox"/> seit:
<input type="checkbox"/> Aufenthalt in Behinderteneinrichtung im Kt. ZH	
Name	PLZ Ort
Adresse	Telefon E-Mail

Kontoverbindung Lohn

Kontoinhaber Name und Adresse	
IBAN Nr.	
Post / Bank Name und Filiale	

*Ein vollständig ausgefüllter Anmeldebogen mit den erforderlichen Beilagen erspart Rückfragen und verkürzt die Wartezeit.
Besten Dank für Ihre Bemühungen.*

Ort/ Datum		Unterschrift Interessentln	
---------------	--	-------------------------------	--

Ort/ Datum		Unterschrift Beistand	
---------------	--	--------------------------	--

**Erforderliche Beilagen zur Anmeldung falls zutreffend zwingend erforderlich:
(bitte ankreuzen)**

- Kopie IV - Verfügung oder Bestätigung der IV betreffend der pendenten Anmeldung
- Kopie Verfügung der KESB betreffend Beistandschaft
- Kopie Bescheinigung der IV betreffend der Gewährung einer Hilflosenentschädigung
- Kopie Ausweis von Ausländer/-innen
- Kopie ID oder Pass von Personen unter 18 Jahren

Bemerkungen

