



ANMELDUNG WERKSTÄTTE

Anrede	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau		
Name				E-Mail
Vorname				Geburtsdatum
Strasse /Nr.				Schriften hinterlegt in
PLZ /Ort				Nationalität
Tel. privat				Arbeitsbewilligung

Gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Beistand	<input type="checkbox"/> Eltern		
Name				Tel. privat
Vorname				Tel. beruflich
Strasse /Nr.				E-Mail
PLZ /Ort				

IV-Rente	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 3/4	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 1/4	Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Renten							
Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> körperlich	<input type="checkbox"/> geistig	<input type="checkbox"/> psychisch	<input type="checkbox"/> andere			
Suchtprobleme	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Betäubungsmittel	<input type="checkbox"/> andere				
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Stöcke	<input type="checkbox"/> andere				
Aktuelle Wohnsituation	<input type="checkbox"/> unabhängig	<input type="checkbox"/> in Heim	<input type="checkbox"/> andere				

Aktuelle Situation	<input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung	<input type="checkbox"/> zurzeit angestellt				
Letzter oder aktueller Arbeitgeber						
Ausgeübte Tätigkeiten						
Grund für Arbeitssuche						
Interessiert für die Bereiche	<input type="checkbox"/> Mechanik	<input type="checkbox"/> Elektronik	<input type="checkbox"/> manuelle Arbeit			
Gewünschtes Arbeitspensum	<input type="checkbox"/> ganzer Tag	<input type="checkbox"/> Vormittag	<input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> 50% Vor- oder Nachmittag		

Formular zurücksenden an:	Stiftung Zentrum SIV, Falkenstrasse 28, 2502 Biel		
Ort und Datum	Unterschrift Kandidat	Unterschrift gesetzlicher Vertreter	
_____	_____	_____	