

Anmeldung zur Prüfung der Koordinationsmöglichkeiten von Eingliederungs-Massnahmen und Integrationsplan

zuweisende Stelle: (genaue Adresse per PC eingeben)

Grund der Anmeldung: (1 Satz, und oder eine der 6 Lebenssituationen)

Personalien

Name:	Vorname:
Zivilstand:	Geb.-Datum:
Staatsangehörigkeit:	Aufenthaltsstatus:
Telefon:	E-mail:
Handy:	AHV-Nr.:

Bisherige/Letzte Tätigkeit vor der Krankheit

Name Arbeitgeber:	
PLZ / Ort:	Telefon:
Direkter Vorgesetzter:	Andere Referenzpersonen:
Berufs- oder Funktionsbezeichnung:	
Branche:	Stellung im Betrieb:
Beschäftigungsgrad: Gewünschter/angestrebter Beschäftigungsgrad:	Lohn: Jahreslohn (inkl. allfälligem 13ten Monatslohn)
Angestellt vom:	bis:
<input type="checkbox"/> selber gekündigt	<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitgeber
Kündigungsgrund:	

Berufsausbildung oder aktuellen Lebenslauf beilegen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Praktisch angelernt | <input type="checkbox"/> Anlehre ohne Abschluss |
| <input type="checkbox"/> Anlehre mit Abschluss/Zertifikat | <input type="checkbox"/> Lehre ohne Abschluss |
| <input type="checkbox"/> Lehre mit Abschluss | <input type="checkbox"/> Studium ohne Abschluss |
| <input type="checkbox"/> Studium mit Abschluss | |

Bezeichnung	Dauer (Jahre)	Land
An-/Lehrberuf:		
Berufsschule:		
Studium:		

Allfällige Weiterbildung(en), oder aktueller Lebenslauf beilegen

Bezeichnung	Dauer (Jahre)	Land

Besondere Kenntnisse

- | | | | |
|---|----------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> EDV-Kenntnisse | | | |
| <input type="checkbox"/> Maschinenschreiben | | sehr gut: <input type="checkbox"/> | gut <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> ...gar nicht. <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Führerschein, Typ: | | | |
| <input type="checkbox"/> Deutsch: | mündl: | sehr gut: <input type="checkbox"/> | gut <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> ...gar nicht. <input type="checkbox"/> |
| | Schrift. | sehr gut: <input type="checkbox"/> | gut <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> ...gar nicht. <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fremdsprachen: | mündl: | sehr gut: <input type="checkbox"/> | gut <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> ...gar nicht. <input type="checkbox"/> |
| | Schrift. | sehr gut: <input type="checkbox"/> | gut <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> ...gar nicht. <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fremdsprachen: | mündl: | sehr gut: <input type="checkbox"/> | gut <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> ...gar nicht. <input type="checkbox"/> |
| | Schrift. | sehr gut: <input type="checkbox"/> | gut <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> ...gar nicht. <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Andere | | | |
| <input type="checkbox"/> Freizeit / Hobbies | | | |

Finanzielle Situation

- | | | |
|---|------------------|------|
| <input type="checkbox"/> Lohn | bis: | |
| <input type="checkbox"/> KTG-Taggelder | von: | bis: |
| <input type="checkbox"/> Unfall-Taggelder | von: | bis: |
| <input type="checkbox"/> ALV-Taggelder | Rahmenfrist von: | bis: |
| <input type="checkbox"/> IV- Rente / oder Taggelder | von: | bis: |
| <input type="checkbox"/> Sozialhilfe | seit: | |
| <input type="checkbox"/> Andere wichtige Informationen: | | |

Gesundheitliche Situation

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Betreut vom Hausarzt | Adresse: |
| <input type="checkbox"/> | in Behandlung beim Facharzt | Adresse: |
| <input type="checkbox"/> | in Behandlung beim Physiotherapeuten | Adresse: |
| <input type="checkbox"/> | in Behandlung beim Chiropraktiker | |
| <input type="checkbox"/> | Andere | Adresse: |

Soziale Situation

- | | | |
|--------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Alleinerziehend | Alter des Kindes /der Kinder: |
| <input type="checkbox"/> | weitere Betreuungsaufgaben auch zusätzliche Überwachungsaufgaben bei den Kindern | Welche: |
| <input type="checkbox"/> | weitere Betreuungsaufgaben z.B. betagte Eltern | Welche: |
| <input type="checkbox"/> | Wohnsituation | kurze Beschreibung: |
| <input type="checkbox"/> | Unterstützung durch Freunde/ Bekannte oder Vereine | Wie, welche: |

Detailbeschreibungen Ihrer Lebenssituation

Beschreibung der bisherigen / der zuletzt ausgeübten Tätigkeit oder Aufgabe (sitzend, stehend, gehend, Kernaufgaben, Kundenkontakte etc.):

Was sind Ihre Vorstellungen im Hinblick auf Ihre weitere Erwerbstätigkeit?

Beschreibung der bisherige Lösungsversuche:
vom Klienten:

Wie hat es funktioniert:

Musterbeispiel

Beschreibung von Lösungsversuche von Institutionen, Arbeitgebern, usw.?

Wer Was:

Wie hat es funktioniert:

Wer Was:

Wie hat es funktioniert:

Wer Was:

Wie hat es funktioniert:

Ort und Datum:

Unterschrift:

Versicherte Person
(oder gesetzl. Vertreter/in)

Unterschrift :

verantwortliche Person der
zuweisenden Stelle

Beilagen

(z.B. Berufsbeilagen;
Arzt-Spitalberichte usw.)

Arztberichte müssen von den zuweisenden Stellen bezahlt werden, nach vorgehend eingeholtem

Kostenvoranschlag Pos:

Ausgefüllt per Post oder elektronisch senden an:

IIZ-Team, Brunnenstr. 1, Uster, zu Hd. M. Bärswyl, Projektleitung